



IL DIFENSORE
CIVICO
DELLA TOSCANA

VADEMECUM
sulla legge 210/'92
e successive modificazioni

*Procedure, aspetti giuridici e medico legali connessi alla tutela
dei cittadini danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni, somministrazioni
di emoderivati e da contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti
affetti da HIV o epatiti virali (operatori sanitari)*

SECONDA EDIZIONE

Firenze 12 giugno 2007

Avvertenza:

I dati riportati al capitolo 11 sono ripresi dalla relazione 2006 presentata dal Difensore Civico al Consiglio Regionale della Toscana.
Si fornisce un commento di sintesi al solo fine di dare una spiegazione più compiuta delle tabelle e dei grafici presentati.

Dal luglio 2001 l'assistenza è svolta in collaborazione con:
AMEV: Associazione Malati Emotrasfusi e Vaccinati – presidente avv. Marcello Stanca
CFT: Comitato Famiglie Talassemici “Speranza di Vivere”- presidente Cataldo Scialpi
FST:Fondazione “Futuro Senza Talassemia” – presidente Siro Giacomo Brigiano.

Per motivi tecnici la pubblicazione sarà consultabile sul sito del Difensore civico della Toscana (www.consiglio.regione.toscana.it/difensore) solo dal 2008.

Difensore Civico Regione Toscana - via de' Pucci 4 - 50122 Firenze.
Per ricevere assistenza e consulenze a titolo gratuito rivolgersi al consulente Francesco Caponi.

Indirizzo e-mail: cft@consiglio.regione.toscana.it
tel. 055 2387800 - fax 055 210230

Il vademecum è stato presentato alla stampa ed agli operatori del settore dal Presidente del Consiglio Regionale, On Riccardo Nencini, con gli interventi del Vice Presidente della Giunta Regionale Toscana, dr. Federico Gelli, del Prof. Mauro Barni, Emerito di Medicina Legale nell'Università di Siena e del dr. Giorgio Morales, Difensore civico della Toscana.
Firenze - 12 giugno 2007 - Sala Gonfalone - Consiglio Regionale

Elaborazione grafica a cura del dr. Vittorio Gasparini, responsabile della Posizione Organizzativa “Assistenza per lo svolgimento di funzioni di competenza del Difensore civico in materia di diritto alla salute”



INDICE

1	PRESENTAZIONE	5
2	PREFAZIONE	7
3	GUIDA AI PROCEDIMENTI PER RICHIEDERE L'INDENNIZZO	11
	- SOGGETTI AVENTI DIRITTO	13
	- BENEFICI PREVISTI	15
	- TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	18
	- MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	21
	- ITER DELLA DOMANDA	22
	- DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA	23
	- VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DA PARTE DELLA C.M.O.	27
	- RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DELLA CMO	28
	- AGGRAVAMENTO DELL'INFERMITA' E DOPPIA PATOLOGIA	29
	- DECESSO DEL RICHIEDENTE	30
	- TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI ALLE REGIONI	31
4	MODULISTICA	33
	- DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI	35
	- DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI (minorenni) DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI	37
	- DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI (maggioresnni) DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI	39
	- DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA CONTATTO CON PERSONA VACCINATA	41
	- DOMANDA DI REVISIONE DEL GIUDIZIO DI CLASSIFICAZIONE DELL'INFERMITA'	43
	- DOMANDA DI ASSEGNO UNA TANTUM O ASSEGNO REVERSIBILE PER QUINDICI ANNI	45
	- DOMANDA PER DOPPIA PATOLOGIA	47
	- DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A CONTAGIO DA CONIUGE CHE HA GIÀ RICEVUTO IL BENEFICIO	49
	- DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A CONTAGIO DA MADRE DURANTE LA GESTAZIONE CHE HA GIÀ RICEVUTO IL BENEFICIO	51
	- DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CONTRATTO A SEGUITO DI CONTATTO CON SANGUE E SUOI DERIVATI PROVENIENTI DA SOGGETTI AFFETTI DA HIV O DA EPATITE VIRALE (operatori sanitari)	53
	- SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI	55
	- SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI	56
	- ELENCO DI PRODOTTI CHE POSSONO RIVESTIRE INTERESSE AI FINI DELLA POTENZIALITA' INFETTIVA	57
	- DOMANDA PER LA RICHIESTA DELLA RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO	58
	- DOMANDA PER LA RICHIESTA DEGLI INTERESSI LEGALI	61
	- SOLLECITO DEFINIZIONE DEL RICORSO AMMINISTRATIVO	64
	- SOLLECITO DEFINIZIONE DELL'ISTRUTTORIA DELLE ASL	66
	- PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE DI SILENZIO-RIFIUTO O SILENZIO INADEMPIMENTO	68
	- SCHEMA DI LETTERA DA INVIARE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (di famiglia) DELL'ASSISTITO/A	69

5	SCHEMI DI RICORSI AMMINISTRATIVI	71
	RICORSO A FATTISPECIE MULTIPLA – PREMessa	73
	RICORSO A FATTISPECIE MULTIPLA – SCHEMA :	75
	- NEGATIVITÀ DEI DONATORI AI PARAMETRI VIROLOGICI PREVISTI DALLA LEGGE AL MOMENTO DELLE TRASFUSIONI	84
	- INTERVALLO DI TEMPO INTERCORSO TRA GLI EVENTI TRASFUSIONALI ED IL PRIMO ACCERTAMENTO DI POSITIVITÀ PER ANTI HCV	81
	- MANCANZA DI DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA CONTINUITÀ TEMPORALE DELLA PATOLOGIA EPATICA	81
	- INTEMPESTIVITÀ DELLA DOMANDA	77
	- MANCATA ASCRIVIBILITÀ TABELLARE	89
	- SOMMINISTRAZIONE IMMUNOGLOBULINE ANTI-TETANO ED ANTI-D	
	- CONTAGIO DA SANGUE INFETTO – NESSO CAUSALE (OPERATORI SANITARI)	96
	- CONTAGIO DA SANGUE INFETTO (OPERATORI OSPEDALIERI RITENUTI “NON SANITARI”)	104
	- ARCHIVIAZIONE PER CARENZA DI DOCUMENTAZIONE	114
	- ARCHIVIAZIONE PER CARENZA DI DOCUMENTAZIONE ATTESTATE L’AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE O SUOI DERIVATI	120 123
	- NESSO CASUALE TRA INFEZIONE E DECESSO	127
6	DECISIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE	131
	- NESSO CAUSALE	133
	- MANCANZA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA TRA L’EVENTO TRASFUSIONALE E IL PRIMO ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA	133
	- LUNGO PERIODO DI TEMPO INTERCORSO TRA LE TRASFUSIONI E LA COMPARSA DELL’INFEZIONE	133
	- SOMMINISTRAZIONE IMMUNOGLOBULINE ANTI-TETANO	136
	- SOMMINISTRAZIONE DI PROVERTIN	137
	- SOMMINISTRAZIONE DI PROTROMPLEX	137
	- SOMMINISTRAZIONE DI KONAKION	137
	- SOMMINISTRAZIONE ALBUMINA	138
	- TERMINE TEMPORALE	139
	- DOMANDE PRESENTATE PRIMA DEL 3 LUGLIO 1999	139
	- DOMANDE PRESENTATE DOPO IL 3 LUGLIO 1999	139
	- ASCRIVIBILITÀ TABELLARE – MANIFESTAZIONI EXTRAEPATICHE	141
	- ISTANZE DI RIESAME – RINVIO FASCICOLO ALLE C.M.O.	142
	- TRASFUSIONI EFFETTUATE ALL’ESTERO	144
7	ASPETTI MEDICO-LEGALI	149
	- VALUTAZIONE DEL DANNO	151
	- NESSO CAUSALE	156
	- DOPPIA PATOLOGIA	159
8	ASPETTI GIURIDICI	161
	- INTERESSI LEGALI	163
	- ADEGUAMENTO ISTAT	164
	- DANNO BIOLOGICO, DANNO MORALE E DANNO ESISTENZIALE	165
	- LEGITTIMAZIONE PASSIVA	167
	- RICORSO GIUDIZIALE	169

9	NORMATIVA	171
-	LEGGI	173
-	REGOLAMENTI DI ATTUAZIONE	186
-	CIRCOLARI	195
-	PARERI E NOTE INFORMATIVE	208
10	PROPOSTE DI MODIFICA AVANZATE DAL DIFENSORE CIVICO	213
11	ATTIVITÀ DELL'UFFICIO DEL DIFENSORE CIVICO	223
-	STATISTICHE DELLE PRATICHE DAL 1992 AL 15 MARZO 2007	223
-	ANDAMENTO DELLE ISTANZE DAL 2003 AL 2006	224
-	ASSISTENZA PRESTATATA A SOGGETTI FUORI TOSCANA	225
-	ASSISTENZA PRESTATATA A CITTADINI TOSCANI	225
-	ISTANZE PER TIPOLOGIA DEL SOGGETTO ASSISTITO	226
-	ISTANZE SUDDIVISE PER CAUSA DANNO	226
-	EVENTI AVVERSI OSSERVATI	227
-	FATTISPECIE ESAMINATE NEI RICORSI AMMINISTRATIVI	228
-	PRATICHE SUDDIVISE SECONDO LA GRAVITÀ DEI DANNI	228
-	SUDDIVISIONE PER ANNO IN CUI SI È VERIFICATO IL DANNO	229
-	CASI SUDDIVISI SECONDO L'ANNO IN CUI È STATA PRESENTATA LA DOMANDA	231
-	PRATICHE SUDDIVISE SECONDO L'ETÀ DEL DECESSO	233
-	FASCE DI ETÀ E SESSO ALLA DATA DELL'INFEZIONE	234
-	DISTANZA DALL'INFEZIONE AL DECESSO	234
-	DOMANDE PRESENTATE OLTRE I TERMINI DI LEGGE	236
-	MODALITÀ DI CONOSCENZA DA PARTE DEI CITTADINI DELLA LEGGE 210/92	237
12	INIZIATIVE INTRAPRESE DAL DIFENSORE CIVICO	239
13	ALLEGATI	247
-	SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE N. 342 DEL 23.10.2006	249
-	RICORRENTI MOTIVI DI APPELLO DEL MINISTERO DELLA SALUTE TRAMITE LE AVVOCATURE DISTRETTUALI DELLO STATO	253
-	RIVALUTAZIONE MONETARIA DELL'INDENNIZZO - TASSO DI INFLAZIONE PROGRAMMATO (TIP) E INDICE ISTAT	259
-	TABELLE EFFETTIVAMENTE PAGATE DAL MINISTERO DELLA SALUTE	261
-	TABELLE CALCOLANDO LA VARIAZIONE TIP SU L'INTERO INDENNIZZO	264
-	TABELLE CALCOLANDO LA VARIAZIONE ISTAT SU L'INTERO INDENNIZZO	267
-	SENTENZA CORTE CASSAZIONE CIVILE N. 10214 DEL 04/05/2007	270
14	GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI	273

1 PRESENTAZIONE

(Giorgio Morales - Difensore civico della Toscana)

Come ho avuto modo di dire in altre occasioni l'impianto della legge 210/92, così come ridisegnato dalla successiva normativa, e in parte stravolto dalle numerose sentenze della Corte Costituzionale e dai giudici di legittimità e di merito, necessita di una profonda revisione.

Questa legge è nata per semplificare le procedure risarcitorie dei cittadini danneggiati da emotrasfusioni, vaccini ed emoderivati, ed operatori sanitari contagiati durante il servizio, evitando loro il ricorso giurisdizionale attraverso l'attivazione di un procedimento amministrativo ad hoc.

Invece si è assistito, purtroppo, ad un proliferare del contenzioso giudiziale a causa di applicazioni distorte della normativa, paradossalmente varata proprio per evitare il ricorso al giudice. Di conseguenza tutti i procedimenti per richiedere (e ottenere) i benefici previsti dalla legge si stanno facendo sempre più complessi.

Ed è per questo motivo che nell'ottobre 2006 ritenni opportuno far predisporre la prima edizione di questa guida dal mio consulente Francesco Caponi, destinata alle Associazioni di volontariato e di tutela che trattano questa materia, agli Ordini ed i Collegi professionali sanitari, alle Organizzazioni sindacali sanitarie ed ai referenti delle ASL per la legge 210, allo scopo di consentire loro di poter prestare la migliore assistenza possibile a questi sfortunati cittadini.

Il vademecum, frutto dell'esperienza maturata nella trattazione di circa 4.500 pratiche della legge in questione e di oltre 1.200 casi di responsabilità professionale degli operatori sanitari (c.d. *malpractice*), presentato alla stampa il 10 novembre 2006 nell'aula del Consiglio Comunale di Verona in occasione di un convegno sulla materia, ha registrato uno straordinario ed inaspettato successo anche fra gli studi legali ed i medici legali, tanto che si è reso necessario provvedere alla ristampa.

Questa seconda edizione, sempre curata dal mio consulente, ampiamente rivista, con taglio ancor più agile e pratico, raccoglie anche i suggerimenti da più parti pervenuti, soprattutto dai referenti dei procedimenti della legge 210 delle ASL.

In particolare mi è gradito ringraziare l'avv. Antonio Lo Russo di Foggia e l'avv. Laura Guidelli di Arezzo, ben conosciuta da questo Ufficio in quanto per anni è stata Difensore civico dell'Amministrazione Provinciale di Arezzo e di altri

Comuni della stessa provincia, che hanno collaborato a migliorare questo strumento di lavoro.

Un particolare ringraziamento va al Presidente del Consiglio Regionale della Toscana On. Riccardo Nencini, che da tempo segue con molta attenzione queste problematiche, per la gradita presentazione di questo lavoro, al Vice Presidente della Giunta Regionale, dr. Federico Gelli, che con il suo intervento ha riconfermato la continuità dell'impegno su questi temi già precedentemente apprezzato nella carica istituzionale di Presidente della Commissione Sanità del Consiglio Regionale, ed al prof. Mauro Barni, illustre medico legale e profondo conoscitore della materia, che ci ha voluto onorare con la sua autorevole prefazione.

2 PREFAZIONE

(Mauro Barni - Presidente Commissione Regionale per la Bioetica)

Non mi sembra pleonastico ricordare come il Difensore civico della Toscana abbia acquisito, ormai da molti anni, un ruolo di fondamentale importanza in un ambito della protezione sociale che non ha trovato ancora, in campo nazionale, una coerente, univoca e soprattutto unitaria soluzione, a tutto danno delle persone ammalate e non, che abbiano tratto da particolari trattamenti di cura o profilassi, inopinate e quindi, per definizione, inique conseguenze patologiche, non eccezionalmente fatali.

Né posso condividere la malaccorta e terroristica attribuzione di tali eventi alla categoria della *malasanità*, là dove le reazioni negative alle emotrasfusioni, alle terapie con emoderivati, alle vaccinazioni e alle sieroprofilassi, sono per lo più (ancorché non sempre) correlate ad errore umano, deprecabile quanto si voglia ma non eliminabile dall'universo statistico ovvero a condizioni né prevedibili né dominabili sfuggite dal vaso di Pandora della casualità biologica.

Le ragioni per cui fu prodotta dal Parlamento italiano la legge 210/92, che ha poi subito profondi rimodellamenti, provvide estensioni, interpretazioni giurisprudenziali plurime e soprattutto, ridefinizioni non tutte meditate e felici, nella prassi e nella titolarità attuativa, sono state ben comprese e seguite dalla medicina legale italiana che ha considerato la esigenza di interventi semplici ed efficaci, in termini di conforto economico (ma non solo) alle vittime dirette o indirette di danni biologici di natura iatrogena riferibile a prodotti biologici.

Ed essi sono fortemente segnati da una matrice di solidarietà espressa dall'atto della donazione assunto e regolato pubblicamente con presidi di garanzia e di qualità ovvero pertinenti all'impegno costituzionalmente recepito di tutela della salute motivatamente spinto sino al trattamento sanitario obbligatorio (vaccinazioni, appunto, obbligatorie).

Vi è dunque, alla base della norma speciale un presupposto etico, che giustifica la centralità del trattamento riparativo, che non può, per essere efficace, prescindere, appunto, dalla tempestiva ed equa determinazione delle provvidenze economiche, la cui erogazione si distingue per il carattere indennitario, per la extragiudizialità dei procedimenti accertativi e valutativi, per la scansione delle causalità ben più prossima alla regola inclusiva del "*no fault*" che non alla *farragginosa eternità* delle elaborazioni civilistiche, ancorché rese dalla

giurisprudenza della Corte Suprema (già dal 1999) più fluide e favorevoli al debitore per la costante chiamata in causa ed al risarcimento della struttura sanitaria.

Fra parentesi si ricorda come ancora si è ben lontani dai più congrui modelli europei, quello francese in particolare, che stabiliscono prassi di giudizio e di riparazione di tipo amministrativo, non giudiziale, quasi a sottolineare il pubblico interesse per la riparazione pronta e puntuale dei danni causati da un servizio che la nostra Costituzione attribuisce *comunque* allo Stato.

Lo "esperimento" maturato in Italia per la riparazione del danno biologico in oggetto, che ha realizzato un tramite di certezze sia pur vistosamente maculato a pelle di leopardo, pesa, proprio per la sua evoluzione, involuzione e realizzazione non particolarmente problematiche, sulla coscienza del legislatore italiano che non ha saputo estenderlo alla generalità (o quasi) di un sistema operativo che è da tutti criticato e che può migliorare solo col coraggio normativo occorrente per mettere in piedi, come in Francia (e non solo) una soluzione assicurativa capace di avvalersi delle obbligatorioità costruttive e della responsabilità di tutti i soggetti, a cominciare dalle amministrazioni sanitarie per finire al reticolo (troppo) ben organizzato dalle compagnie private sin qui ribelli ad ogni apertura convenzionale.

Forse per questo è miseramente fallita nella precedente legislatura la proposta del Senatore Tomassini recitata per anni nel teatrino delle audizioni, a tratti riscaldata ai focolari d'artificio di centinaia di convegni inutili.

Su queste fragili basi si è mosso e si muove appunto e coraggiosamente il Difensore civico della Toscana, che ha fortemente scommesso la sua credibilità nel sostegno al cittadino bisognoso di accesso e guida verso i benefici della Legge 210/92, agevolandone ogni tratto del percorso, ivi compreso il fondamentale momento medico-legale, superando così in maniera limpida e solidale la catena ufficiale che per sua stessa natura è fatta di segmenti non agevolmente e rapidamente inanellabili.

Una opera di supplenza, dunque? La si chiami come si voglia, ma se ne dia comunque merito ad un Ufficio che non ha mai voluto limitarsi al ruolo di "fiore all'occhiello" della istituzione regionale.

Questo aureo *vademecum* è una espressione tangibile ed utile di un lavoro eccellente, di una esemplare assunzione di responsabilità, che ha a sua volta maturato una esperienza ben meritevole di essere tradotta in eloquenti consuntivi,

in indirizzi operativi, in insegnamenti esemplari qui presentati e illustrati, illuminati come sono dalla bontà della *causa* e delle *speranze*, cui ho fatto cenno

Grato all'illustre Difensore civico, Giorgio Morales, e al suo prezioso collaboratore Francesco Caponi, di avermi coinvolto nella presentazione di una impresa editoriale davvero espressiva di un comportamento esemplare.

3 GUIDA AI PROCEDIMENTI PER RICHIEDERE L'INDENNIZZO

In questo capitolo si riportano le più importanti informazioni e le principali procedure relative all'applicazione della legge 210'92, in parte riprese dalle linee guida approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002, così come modificate dalla stessa Conferenza il 23.settembre 2004.

3.1	SOGGETTI AVENTI DIRITTO	13
3.2	BENEFICI PREVISTI	15
3.3	TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	18
3.4	MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	21
3.5	ITER DELLA DOMANDA	22
3.6	DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA	23
3.7	VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DA PARTE DELLA C.M.O.	27
3.8	RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DELLA CMO	28
3.9	AGGRAVAMENTO DELL'INFERMITA' E DOPPIA PATOLOGIA	29
3.10	DECESSO DEL RICHIEDENTE	30
3.11	TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI ALLE REGIONI	31

3.1 SOGGETTI AVENTI DIRITTO

La legge 210/92 prevede un riconoscimento economico a favore di soggetti danneggiati irreversibilmente da complicazioni insorte a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati, nonché al personale sanitario di ogni ordine e grado che abbia contratto l'infezione da HIV o da epatite virale durante il servizio, a seguito di contatto diretto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV o epatiti virali. A tal fine non riveste alcuna rilevanza che la malattia sia stata contratta presso una struttura pubblica o privata. In dettaglio i beneficiari sono:

1. Soggetti che hanno riportato lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica a seguito di:
 - a) vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria;
 - b) vaccinazioni non obbligatorie ma che risultassero necessarie per motivi di lavoro o per incarichi d'ufficio o per poter accedere ad uno stato estero;
 - c) vaccinazioni non obbligatorie ma effettuate in soggetti a rischio operanti in strutture ospedaliere;
 - d) vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge 30 luglio 1959, n. 695 (L. 14 ottobre 1999, n. 362);
 - e) vaccinazioni antiepatite di tipo B a partire dal 1983, come stabilito dalla Corte Costituzionale con sentenza additiva n. 423/2000.
2. Persone non vaccinate che hanno riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.
3. Persone contagiate da virus HIV o da virus dell'epatite a seguito di somministrazione di sangue o suoi derivati, sia periodica (ad es. soggetti affetti da emofilia, talassemia, ecc.) sia occasionale (ad es. in occasione di intervento chirurgico, ecc.).
4. Personale sanitario di ogni ordine e grado che abbia contratto l'infezione da HIV durante il servizio, a seguito di contatto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
5. Personale sanitario di ogni ordine e grado che abbia contratto l'infezione da virus epatici durante il servizio, a seguito di contatto con sangue o suoi

derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale, come stabilito dalla Corte Costituzionale con sentenza additiva n. 476/2002.

6. Persone che risultino contagiate da HIV o da epatiti virali dal proprio coniuge appartenente ad una delle categorie di persone sopra indicate e per le quali sia già stato riconosciuto il diritto all'indennizzo ai sensi della legge 210/92.
7. Figli che risultino contagiati da HIV o da epatiti virali dalla propria madre durante la gestazione appartenente ad una delle categorie di persone sopra indicate e per le quali sia già stato riconosciuto il diritto all'indennizzo ai sensi della legge 210/92.
8. Eredi di persona danneggiata che, dopo aver presentato la domanda in vita, muoia prima di percepire l'indennizzo¹.
9. Parenti aventi diritto (nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni²), dietro specifica domanda, qualora a causa delle vaccinazioni o delle infermità previste dalla L. 210/92 sia derivata la morte del danneggiato. Gli aventi diritto possono optare fra un assegno reversibile per 15 anni o un *assegno una tantum*.

¹ Agli eredi, in questo caso, compete la quota ereditaria delle rate di indennizzo maturate dalla data di presentazione della domanda fino al giorno della morte del danneggiato.

² L'art. 1 comma 3 della legge 238/1997 ha riformulato la dizione originaria (legge 210/92, art. 2, comma 2) che prevedeva l'erogazione del beneficio ai fratelli maggiorenni solamente se inabili al lavoro.

3.2 BENEFICI PREVISTI

I benefici previsti dalla L. 210/92 e successive integrazioni e modificazioni sono:

1. **Indennizzo vitalizio** costituito da un assegno bimestrale erogato a partire dal 1° giorno del mese successivo a quello della data di presentazione della domanda, il cui importo è composto da due elementi:
 - A. un importo (fisso) determinato sulla base della tabella B allegata alla legge n.177/76, come modificata dalla legge n.111/84, cumulabile con ogni altro reddito, rivalutato annualmente in base al tasso di inflazione programmato (T.I.P.);
 - B. un importo corrispondente all'indennità integrativa speciale prevista dalla legge 324/59 e successive modifiche, prevista per la prima qualifica funzionale degli impiegati civili dello Stato, al quale non viene applicata la rivalutazione annuale.

L'importo dell'indennizzo viene erogato al beneficiario ogni due mesi per tutta la vita ed è determinato dalla Commissione Medica Ospedaliera a seconda della gravità del danno subito. Il verbale della CMO esprime il giudizio di classificazione delle lesioni e delle infermità secondo la tabella A allegata al D.P.R. n.834/81; questa tabella prevede 8 categorie (l'8ª categoria corrisponde alla lesione meno grave) cui corrispondono, per il 2006¹ i seguenti importi:

Categoria DPR 834/81	importo L.177/76	importo L.324/59	importo annuo	importo bimestrale	importo mensile
I	1.361,97	6.171,96	7.533,93	1.255,65	627,83
II	1.255,55	6.171,96	7.397,51	1.232,91	616,46
III	1.090,12	6.171,96	7.262,08	1.210,34	605,17
IV	954,05	6.171,96	7.126,01	1.187,66	593,84
V	818,47	6.171,96	6.990,43	1.165,07	582,47
VI	681,28	6.171,96	6.853,24	1.142,20	571,11
VII	545,21	6.171,96	6.717,17	1.119,52	559,76
VIII	409,03	6.171,96	6.580,99	1.096,83	548,40

¹ nel 2007 si è registrato il seguente irrisorio aumento mensile:

I cat. = € 2,27	II cat. = € 2,04	III cat. = € 1,82	IV cat. = € 1,59
V cat. = € 1,36	VI cat. = € 1,13	VII cat. = € 0,91	VIII cat. = € 0,68

2. **Indennizzo aggiuntivo** non superiore al 50%² di quello previsto al punto 1) per le persone danneggiate, che avendo contratto più di una patologia determinante un esito invalidante distinto (doppia patologia, interessante due organi diversi), presentino la rispettiva domanda.
3. **Importo aggiuntivo** una tantum nella misura del 30%, per ogni anno, dell'indennizzo per il periodo compreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo, con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria, corrisposto a domanda, a coloro che, a causa di vaccinazioni, abbiano riportato una menomazione permanente dell'integrità psicofisica.
4. **Indennizzo supplementare** *una tantum* per i danneggiati da vaccinazioni di misura da definire (compito demandato alla commissione prevista dalla legge 229/05 ed istituita con decreto ministeriale 19 gennaio 2006), ma in ogni caso pari ad un massimo di 10 annualità dell'indennizzo già erogato. Agli stessi soggetti spetta un ulteriore indennizzo rispetto a quello già corrisposto, pari a sei, cinque o quattro volte la somma già percepita in rapporto alla categoria a suo tempo assegnata ai sensi della legge 210/92. Inoltre, nel caso in cui, dopo l'entrata in vigore della legge 229/2005, dalla vaccinazione obbligatoria sia derivato il decesso, l'avente diritto può optare tra l'ulteriore indennizzo già corrisposto in vita al danneggiato e un assegno una tantum pari a € 150.000. Per questi soggetti, in forza dell'art. 1, comma 4 di detta legge, l'indennizzo è rivalutato annualmente in tutte le sue parti.
5. **Quota ereditaria** agli eredi delle rate di indennizzo maturate dal mese successivo a quello della data di presentazione della domanda fino alla data della morte del danneggiato, nel caso in cui la domanda di indennizzo sia stata prodotta in vita dal danneggiato e la morte sia sopraggiunta prima dell'erogazione dell'indennizzo.
6. **Assegno reversibile** per 15 anni o assegno una tantum di € 77.468,53 agli eredi aventi diritto, che ne facciano domanda, nel caso in cui la morte del danneggiato sia stata determinata dalle vaccinazioni o dalle patologie irreversibili previste nella L. 210/92.

² L'esatto importo viene stabilito dal Ministero della Sanità con proprio decreto. Per ulteriori approfondimenti si fa rinvio al capitolo 7 dedicato agli aspetti medico legali

7. **Esenzione**, solo dopo il riconoscimento del diritto all'indennizzo, dalla partecipazione alla spesa sanitaria e dal pagamento della quota fissa per ricetta, limitatamente alle prestazioni sanitarie per la diagnosi e la cura delle patologie previste dalla L. 210/92.
8. **Fisco**. Gli indennizzi non sono soggetti ad alcuna ritenuta assistenziale né ad alcuna ritenuta fiscale e sono compatibili con ogni altro emolumento a qualunque titolo percepito.³
9. **Trattamenti di sostegno al reddito**. Le somme percepite sono ininfluenti ai fini del diritto all'integrazione al trattamento minimo di pensione, all'integrazione dell'assegno di invalidità, al diritto alla pensione sociale ed alle maggiorazioni della pensione sociale previste dalla legge 544/88.
10. **Trattamenti di famiglia**. L'indennizzo percepito non deve essere considerato né ai fini della determinazione della vivenza a carico per il diritto agli assegni familiari né ai fini della formazione del reddito familiare per il diritto agli assegni per nascita dei figli.

E' utile ribadire che gli indennizzi avanti elencati sono compatibili e cumulabili con altre norme previste dalla normativa assistenziale e previdenziale come meglio riassunto nella sottostante tabella.

Prestazione	Compatibilità	Cumulabilità
Rendita INAIL per infortunio sul lavoro	si	si
Indennizzo INAIL per malattia professionale	si	si
Equo indennizzo	si	si
Assegno di invalidità INPS	si	si
Pensione di inabilità INPS	si	si
Invalità civile	si	si
Provvidenze sociali (L. 104/92 ed altre)	si	si

³ Nota del Ministero della Sanità n. 500 U.S./L210 del 3/5/1994.

3.3 TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I termini per la presentazione della domanda previsti dall'art. 3 della Legge n. 210/1992, che decorrono dal momento in cui la persona danneggiata è venuta a conoscenza del danno subito, sono i seguenti:

- A. **3 anni** nei casi di epatite post-trasfusionale. Tale termine decorre dalla data di entrata in vigore del d.l. n. 344/1996 e cioè dal 3 luglio 1996;
- B. **3 anni** nei casi di epatiti virali contratte dagli operatori sanitari in servizio a seguito di contatto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti virali in forza della sentenza della Corte Costituzionale n. 476/2002. Si rammenta che il termine per la presentazione della domanda per coloro che hanno contratto l'infezione in data antecedente al 26 novembre 2002 è scaduto il 25 novembre 2005 o, come sostenuto da una parte della dottrina il 4.12.2005 in quanto il termine triennale decorrerebbe dalla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte Costituzionale avvenuta il 04.12.2002;
- C. **3 anni** per i soggetti che hanno contratto danni da vaccinazione obbligatoria per legge o per motivi di lavoro (art. 3 L.210/92);
- D. **10 anni**, nei casi di infezione da HIV (art. 3 L.210/92);
- E. **10 anni** per i vaccinati per ottenere l'assegno una tantum di cui all'art.1 comma 2 L.238/97;
- F. **10 anni** (a stretto rigore) dalla data del decesso, ovvero **nessun termine** (come ritenuto dal Ministero della Salute con parere riportato al cap 9.4) per richiedere l'assegno una tantum di € 77.468,53 per gli eredi di un soggetto deceduto a seguito di patologia causata da vaccinazione, trasfusioni o somministrazione di emoderivati;
- G. **4 anni** per le persone che hanno avuto danni permanenti da vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge n. 695/59, il cui termine decorre dal 20 ottobre 1999, data di entrata in vigore della legge n. 362/99. Tale termine è scaduto il 20 ottobre 2003¹.

¹ Con sentenza n. 7141/2003 la Cassazione Lavoro ha stabilito che tale termine è *ordinatorio* e non *perentorio*, in quanto nella legge manca la previsione, che avrebbe dovuto essere espressa, della decadenza nel caso del superamento del termine quadriennale. Con circolare n. 500.VIII/AG.3/6274bis del 10.04.1992, il Ministero della sanità, sulla base di erronee valutazioni giuridiche, aveva erroneamente esteso il termine triennale stabilito per i danni correlati a vaccinazione anche ai danni causati da epatiti post trasfusionali.

Si consiglia comunque di presentare sempre la domanda² tenuto conto che in sede di ricorso si possono sviluppare argomentazioni giuridiche e medico legali legate al concetto di piena e qualificata conoscenza del danno epatico, ossia, come più volte riconosciuto dallo stesso Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute in ottemperanza a quanto stabilito dalla legge 210/’92 e meglio precisato nella “Direttiva Tecnica approvata dal Ministero della Sanità e da quello della Difesa in data 28/12/1992 divulgata anche con circolare DPS/XV/L.210/AG3/20637 del 11/3/1998: **“non qualsiasi conoscenza è atta a far decorrere il termine, ma solo la conoscenza qualificata dalla consapevolezza degli effetti dannosi, correlabili agli eventi di cui alla legge in argomento, intanto possibile in quanto il processo morboso si sia conclamato nella sua entità nosologica e stabilizzato in precisi esiti”**³.

Occorre anche precisare che l’art. 1, comma 7 della legge 238/97 imponeva alle ASL ed agli Assessorati alla sanità delle Regioni di promuovere campagne di informazione in merito alla legge 210/92 rivolte all’intera popolazione.

Di fatto però non ci risulta che in nessuna parte d’Italia si sia provveduto a rispettare questa precisa disposizione di legge.

Pertanto, a nostro modesto avviso, la mancata pubblicità della normativa in questione, avendo arrecato grave pregiudizio a tantissimi cittadini, comunque danneggiati, che si sono visti respingere la domanda di indennizzo perché presentata oltre i termini di legge, fa emergere gravi responsabilità da parte della ASL e delle Regioni, tali da prefigurare significative possibilità di successo di eventuali azioni legali.

Inoltre, come si è visto, la legge 210, così come modificata con legge 238/97, stabilisce la perentorietà dei termini⁴ per la presentazione della domanda amministrativa indipendentemente da vizi di volontà o incapacità di agire, però la stessa legge prevede che il termine decorre dal momento della conoscenza del danno da parte dell’avente diritto e, non, ad esempio, da parte del suo legale rappresentante.

² Per approfondimenti si fa rinvio agli schemi di ricorso gerarchico riportati al capitolo 5

³ Il testo integrale è riportato nel capito 9 punto 3

⁴ La Corte Costituzionale, con sentenza n. 342 del 23 ottobre 2006, ha dichiarato “non fondata la questione di legittimità dell’art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n 238 sollevata in riferimento agli artt. 3 e 32 della Costituzione” dal Tribunale di Modica.

Ciò premesso si può ragionevolmente sostenere che qualora un minore venga danneggiato da vaccinazioni o trasfusioni ed i genitori non abbiano presentato domanda entro il termine triennale, lo stesso possa presentare domanda (a nostro avviso nei termini) una volta divenuto maggiorenne, purché lo faccia entro tre anni da questa data.

3.4 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di indennizzo (i cui modelli sono riportati nelle pagine che seguono), firmata dal richiedente o, in caso di minori o di incapaci, da uno dei genitori o dal tutore, va presentata¹ dall'interessato, in carta semplice, alla ASL territorialmente competente.²

In caso di morte dovrà essere presentata dagli eredi presso l'ASL dell'ultima residenza del soggetto danneggiato deceduto.

La domanda deve comunque contenere i seguenti dati:

- dati anagrafici del danneggiato;
- dati anagrafici dell'eventuale rappresentante o rappresentanti (nel caso di minori o incapaci);
- dati anagrafici del richiedente o richiedenti (in caso di morte del danneggiato);
- indicazione del danno per il quale si chiede l'indennizzo;
- indicazione della data dei primi eventi avversi verificatisi;
- elenco della documentazione allegata;
- scheda informativa (vedasi moduli nelle pagine seguenti) redatta da un medico della struttura pubblica per le domande riferite a danni da trasfusioni o somministrazioni di emoderivati e da vaccinazioni;
- indirizzo al quale inviare ogni comunicazione e recapito telefonico;
- firma;
- data di presentazione.

¹ A mano (previo rilascio di ricevuta) o a mezzo raccomandata A.R.
² Quella che corrisponde al luogo di residenza del danneggiato.

3.5 ITER DELLA DOMANDA

Di seguito riportiamo la tabella pubblicata a pagina 8 delle linee guida interregionali approvate dalla conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002 che sintetizza le fasi e le attività principali del processo d'indennizzo, alle quali partecipano le ASL, le Regioni a Statuto Ordinario¹ e le Commissioni Mediche Ospedaliere.

FASI	ATTIVITA'
Istruttoria della Domanda	Predisposizione del fascicolo con la documentazione amministrativa e sanitaria richiesta per l'espressione del giudizio medico legale
Giudizio Medico-Legale	Verbalizzazione del giudizio medico-legale riportante: <ul style="list-style-type: none">- Nesso di causalità- Ascrivibilità della patologia alla categoria di danno- Tempestività della domanda- Data manifestazione evento dannoso
Notifica del Giudizio	<ul style="list-style-type: none">- Acquisizione del giudizio medico-legale- Notifica all'interessato del giudizio medico-legale e, nei casi di giudizio favorevole, richiesta delle informazioni necessarie per la predisposizione dell'erogazione dell'indennizzo- Archiviazione delle pratiche prive dei requisiti essenziali
Erogazione Dell'indennizzo	<ul style="list-style-type: none">- Quantificazione dell'importo dell'indennizzo- Predisposizione atto di pagamento- Notifica atto di pagamento- Predisposizione ordine di pagamento ed erogazione degli importi di indennizzo

Occorre ricordare che con la legge n. 641/1996 le competenze istruttorie della pratiche fino a quel momento espletate demandate al Ministero della Salute vennero trasferite alle Aziende Sanitarie Locali senza essere accompagnate da direttive riguardanti il modello organizzativo da adottare.

Di fatto da parte delle stesse USL la materia fu considerata residuale e nella maggior parte dei casi demandata ai servizi di Medicina Legale.

In non poche casi abbiamo, però, rilevato che alcune ASL hanno attribuito la materia agli Uffici del Personale, altre a quelli degli Affari Legali e contratti, altri ancora direttamente alle Direzioni Sanitarie e ciò ha comportato criteri valutativi nelle fasi istruttorie assai difforni gli uni dagli altri, addirittura fra aziende della stessa regione, con gravi ripercussioni sull'utenza.

¹ [Quelle che non hanno delegato le funzioni alle ASL](#)

3. 6 DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA ¹

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA IN GENERE²

- certificato (o dichiarazione sostitutiva di certificazione) di nascita del danneggiato;
- certificato (o dichiarazione sostitutiva di certificazione) di residenza del danneggiato;
- stato di famiglia nel caso di danneggiato minore d'età o deceduto;
- nomina del tutore nel caso di danneggiato interdetto;
- certificato di morte nel caso in cui il soggetto contagiato sia deceduto in struttura pubblica ovvero scheda ISTAT qualora il decesso sia avvenuto al di fuori delle strutture sanitarie.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (Persona danneggiata in vita)

a. Danni da vaccino

- copia conforme del certificato vaccinale rilasciato dalla ASL o del Comune;
- copia conforme della cartella clinica del primo ricovero relativo al danno subito;
- copia conforme dell'ordinanza dell'autorità sanitaria per le vaccinazioni obbligatorie;
- documentazione del datore di lavoro in caso di vaccinazione obbligatoria per motivi di lavoro o documentazione che attesti la necessità della vaccinazione anche se non obbligatoria;
- documentazione sanitaria comprovante l'entità delle lesioni e della menomazione.

b. Danni da contatto con persona vaccinata

In aggiunta ai documenti di cui al punto a) occorre documentare le modalità del contatto con la persona vaccinata.

c. Danni da trasfusione o somministrazione di emoderivati

- scheda informativa debitamente compilata, riportante firma e timbro di un medico della struttura pubblica³;

¹ Si fa rinvio anche alla modulistica riportata al capitolo 4

² Per i casi particolari si fa rinvio alle pagine che seguono ed alla modulistica riportata al capitolo 4

³ Modello pubblicato nel capitolo 4

- copia conforme all'originale della cartella clinica⁴, riportante la prova delle avvenute trasfusioni o somministrazioni emoderivati;
- documentazione sanitaria indicante la data del primo accertamento sierologico positivo per le infezioni da HIV, HBV, HCV e/o documentazione sanitaria contenente la diagnosi di malattia da HIV o da epatite virale;
- analisi ematochimiche strumentali recenti afferenti la patologia contratta;
- Eventuali analisi e cartelle cliniche relative ad accertamenti o ricoveri intercorsi tra l'evento trasfusionale e la comparsa del danno.

d. Operatori sanitari contagiati durante il servizio

- originale o copia conforme della denuncia di infortunio sul lavoro riportante l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto infetto da HIV o epatite virale⁵;
- certificato di servizio rilasciato dall'Azienda sanitaria ove l'operatore presta (o prestava) servizio al momento dell'infortunio;
- dichiarazione della Direzione Sanitaria della struttura dove si è verificato l'evento attestante che l'operatore era in servizio durante lo svolgersi dei fatti;
- verbale CMO mod. ML/AB - riconoscimento dipendenza da causa di servizio;⁽⁵⁾
- determinazione INPDAP di riconoscimento pensione privilegiata; ⁽⁵⁾
- copia conforme della cartella clinica o delle analisi di laboratorio riportanti la prima positività per HIV e per epatite virale;
- eventuali analisi e cartelle cliniche relative ad accertamenti o ricoveri intercorsi tra l'infortunio e l'insorgere della patologia.

e. Contagio da coniuge

- Diagnosi di primo accertamento di positività per HIV o epatite virale sia per il contagiante che per il contagiato.

f. Contagio da madre durante la gestazione

- Cartella clinica del parto in copia conforme all'originale;

⁴ oppure: cartella della sala parto, cartella anestesiologicala, registro di pronto soccorso, registro operatorio, quaderno infermieristico (alcune sentenze hanno qualificato questo documento come atto pubblico) Se esistente. Ove tale documentazione fosse mancante o non reperibile la domanda può essere ugualmente presentata in quanto vi sono al riguardo alcune sentenze favorevoli.

⁵ Se esistente. Ove tale documentazione fosse mancante o non reperibile la domanda può essere ugualmente presentata in quanto vi sono al riguardo alcune sentenze favorevoli.

- Diagnosi di primo accertamento di positività per HIV o epatite virale sia per la madre che del bambino.

g. Aggravamento

- Documentazione attestante l'aggravamento della patologia per la quale è stata presentata suo tempo la domanda.

h. Doppia patologia

- Documentazione attestante l'insorgere di una nuova patologia in conseguenza di successive vaccinazioni o trasfusioni o comunque latenti in occasione della prima domanda.

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA E AMMINISTRATIVA
(Persona danneggiata deceduta)**

A. *Pagamento rateo agli eredi*

Nei casi in cui la persona danneggiata che ha presentato domanda muoia prima o durante la percezione dell'indennizzo, i ratei non erogati competono agli eredi, in base alle quote parti di successione legittima o testamentaria, i quali devono presentare la seguente documentazione;

- Certificato di morte del danneggiato;
- Certificato di residenza (o dichiarazione sostitutiva di certificazione) dei beneficiari;
- Stato di famiglia storico (ossia stato di famiglia originario del defunto) o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- Testamento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà contenente la dichiarazione che il defunto non ha lasciato testamento e contenente l'elencazione degli eredi;
- modello 240 rilasciato dall'Agenzia delle Entrate con l'indicazione della somma da liquidare oppure dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui si specifica che il modello 240 non deve essere presentato;
- fotocopia del codice fiscale dei beneficiari;
- provvedimento del Giudice Tutelare qualora tra gli eredi vi siano minori o interdetti, che autorizzi il legale rappresentante alla riscossione e determini le modalità d'impiego delle somme riscosse;
- numero di conto corrente bancario o postale e coordinate ABI e CAB, con firma dei beneficiari intestatari del conto.

B. Pagamento assegno “una tantum” o di reversibilità per 15 anni

Se la persona danneggiata muore in conseguenza della patologia acquisita tramite vaccinazione o trasfusione, le persone che succedono nel diritto all'indennizzo (art.2, comma 3, L. 210/92) possono presentare domanda di una tantum o di assegno reversibile per 15 anni.

La domanda può essere presentata dagli aventi diritto anche quando la persona danneggiata non ha presentato domanda di indennizzo mentre era in vita.

Per le domande di assegno di reversibilità o di una tantum agli aventi diritto, è richiesta la seguente documentazione:

- certificato di morte del danneggiato;
- stato di famiglia storico o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- certificato di residenza (o dichiarazione sostitutiva di certificazione) dei beneficiari;
- fotocopia del codice fiscale dei beneficiari;
- provvedimento del Giudice Tutelare qualora tra gli eredi vi siano minori o interdetti, che autorizzi il o i legali rappresentanti alla riscossione e determini le modalità d'impiego delle somme riscosse;
- fotocopia del codice fiscale di chi esercita la potestà parentale o la tutela;
- documentazione sanitaria che dimostri il nesso di causalità tra vaccinazioni, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, contagio con sangue durante il servizio per gli operatori sanitari e infermità⁶, e tra infermità e morte;⁷
- Copia conforme della cartella clinica relativa al decesso, ovvero, in caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di denuncia delle cause di morte in copia conforme o certificato recante le cause di morte, in originale.

⁶ Per coloro che non avevano presentato la domanda in vita.
⁷ Per tutti

3.7 VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DA PARTE DELLA C.M.O.

Dopo l'istruttoria espletata dalla ASL, la Commissione Medica Ospedaliera del Ministero della Difesa (C.M.O.)¹ redige il verbale modello ML/V, che deve riportare:

- 1) la composizione della commissione;
- 2) la storia clinica dell'interessato con la data in cui si è manifestata la menomazione psico-fisica permanente e gli accertamenti ematochimici e strumentali eseguiti;
- 3) il giudizio diagnostico sulle infermità delle patologie riscontrate con la data in cui si è manifestata la menomazione psico-fisica permanente;
- 4) il giudizio sul nesso di causalità tra l'infermità e l'evento che ha causato il danno;
- 5) il giudizio di classificazione delle lesioni e delle infermità permanenti secondo la tabella A allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834 dalla 1^a all'8^a categoria in ordine decrescente di gravità della malattia, fino alla non ascrivibilità nel caso in cui la C.M.O. rilevi che la menomazione non sia permanente o sia di modesta gravità e non raggiunga quindi il minimo indennizzabile²;
- 6) il giudizio di tempestività di presentazione della domanda;
- 7) l'eventuale parere espresso dal medico di parte del cittadino.

Ultimamente, purtroppo, soprattutto riguardo agli operatori sanitari, si assiste ad un vero e proprio abuso dell'istituto dell'*archiviazione* delle pratiche per presunta carenza di documentazione ritenuta essenziale da parte delle CMO (vedere fattispecie riportate nel capito ricorsi)

¹ Commissioni istituite con D.P.R. n. 1072/73 hanno il compito di valutare le menomazioni riportate dai dipendenti dello Stato ed operano, in genere, presso gli Ospedali militari. Con Decreto 21 dicembre 2006 il quale il Ministero della Difesa ha ridisegnato la competenza territoriale delle Commissioni Mediche Ospedaliere

² Si ricorda che in ambito di accertamenti medico legali non possono essere richiesti esami invasivi. Può apparire superfluo ricordarlo ma, purtroppo, alcuni cittadini hanno effettuato la biopsia epatica in seguito al ricevimento di lettere di invito a visita delle CMO dal carattere terrorizzante, quali: *"La S.V. dovrà portare copia di accertamenti sanitari (esami ematologici, ecografie, **biopsia**). Nuovi esami potranno essere eseguiti presso questo Ospedale a **discrezione** della Commissione"* oppure *"Per potere affermare o escludere un danneggiamento epatico permanente **l'esame necessario è la biopsia epatica**".* Paradossalmente alcune CMO non riconoscono l'efficacia dell'Elastografia Transitoria (TE) a mezzo Fibroscan (vedere glossario)

3.8 RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DELLA CMO

Avverso il giudizio espresso dalla C.M.O. e notificato all'interessato o agli aventi diritto, unitamente alla copia del verbale mod. ML/V, è ammesso il ricorso ai sensi dell'art. 5, comma 1, della L. 210/92.

Il ricorso va presentato al Ministero della Salute¹, in carta libera, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Entro 90 giorni dalla presentazione del ricorso, il Ministero della Salute decide sul ricorso stesso e notifica con proprio atto, entro 30 giorni² al ricorrente e alla ASL, la decisione adottata.

In caso di decisione sfavorevole da parte del Ministero, il ricorrente può esperire l'azione innanzi al Giudice, Sezione Lavoro competente, entro un anno dalla comunicazione della decisione sul ricorso o, in mancanza di comunicazione, dalla scadenza del termine di 120 giorni dalla data di presentazione del ricorso. In proposito occorre precisare che, trascorso tale termine, il giudice, nella fase delle questioni di rito, rilevate d'ufficio, preliminari all'esame di merito, potrebbe emettere una sentenza di irricevibilità fondata sulla interpretazione dell'art. 5, comma 3 della L.210/92, evenienza questa che, anche se ingiusta, visto il mancato rispetto da parte del Ministero della Salute delle condizioni contemplate dall'art. 5, comma 2 di detta legge, purtroppo, non può essere ragionevolmente esclusa.

Ulteriore incertezza è stata alimentata dal Decreto del Ministero della Sanità n. 514 del 18/11/1998, pubblicato in G.U. n.55 dell' 8/3/1999, il quale, avendo ampliato i termini (da 120 a 390 giorni) per la conclusione del procedimento amministrativo riguardante la decisione sul ricorso gerarchico, potrebbe, secondo una parte della dottrina giuridica, aver "spostato in avanti" i termini temporali per esperire le azioni giudiziarie. Tale termine decorre dal momento in cui il Ministero della Salute ha preso in carico la raccomandata contenente il ricorso, data facilmente deducibile dalla cartolina di ritorno della raccomandata.

Per approfondimenti si fa rinvio agli schemi di ricorsi riportati al capitolo 4.

¹ In alcune regioni a Statuto Ordinario che hanno delegato tali funzioni alle ASL, a volte, il ricorso va trasmesso tramite quest'ultime ed in quelle che non hanno delegato le funzioni alle ASL va comunque inviato per conoscenza, sempre a mezzo raccomandata A.R.

3.9 AGGRAVAMENTO DELL'INFERMITÀ E DOPPIA PATOLOGIA

In caso di aggravamento dell'infermità, l'interessato¹ può presentare domanda² di revisione del giudizio entro 6 mesi dalla data di conoscenza dell'evento (art. 6 legge 210/92, intendendo con questo termine l'evidenziazione di uno specifico peggioramento del proprio stato di salute a mezzo esami ematochimici o strumentali, ovvero da una certificazione medica.

Tale domanda può essere presentata anche dalle persone la cui patologia sia stata inizialmente riconosciuta "non ascrivibile" dalla C.M.O.

In tal caso, se il nuovo giudizio risulta favorevole, l'indennizzo decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda di revisione, mentre se fosse negativo si può approntare un nuovo ricorso.

Così pure, coloro che in conseguenza di vaccinazioni o trasfusioni di sangue o somministrazione di emoderivati, abbiano contratto più di una patologia determinante esiti invalidanti distinti possono presentare domanda di integrazione dell'indennizzo per doppia patologia, ai sensi dell'art. 7 Legge 238/97.

Pertanto, nel caso di contrazione di due virus epatici (es. HBV+HCV), trattandosi di patologie che vanno a colpire lo stesso organo, viene esclusa la possibilità di beneficiare della doppia patologia (per approfondimenti si fa rinvio al capitolo 7.3).

Per il giudizio di aggravamento e di quello per la doppia patologia si segue la stessa procedura prevista per la richiesta del danno originario.

² Così recita la legge, purtroppo, nella costante prassi, queste scadenze non vengono mai rispettate, in quanto il Ministero della Salute impiega circa due anni per comunicare tale decisione

¹ O colui che esercita la patria potestà o le funzioni di tutore

² Senza alcun limite temporale e numerico

3.10 DECESSO DEL RICHIEDENTE

In caso di morte del danneggiato i benefici acquisiti non sono reversibili¹.

Nei casi in cui la persona danneggiata, che ha presentato domanda, muoia prima o durante la percezione dell'indennizzo, i ratei non erogati competono agli eredi in base alla quota ereditaria, testamentaria o legittima. In questo caso si ricorda che il diritto si prescrive in cinque anni.

Se la persona danneggiata muore, in conseguenza della patologia acquisita tramite vaccinazione o trasfusione, le persone che succedono nel diritto all'indennizzo possono presentare domanda di una tantum o di assegno reversibile per 15 anni.

La domanda può essere presentata dagli aventi diritto anche quando la persona danneggiata non ha presentato domanda di indennizzo mentre era in vita.²

In tale caso il diritto (a stretto rigore) si prescrive in 10 anni dalla data del decesso, ovvero mai (come ritenuto dal Ministero della Salute con parere, che condividiamo, riportato al cap. 9.4).

-
- 1 Su questo argomento si segnalano delle interessanti considerazioni esposte dal responsabile della U.O. Legge 210/92 della A.S.L. RM B – Giuseppe Moretti in “Studio sulla legge 25 febbraio 1992, n. 210 – Osservazioni, Considerazioni” – Roma gennaio 2003. A riguardo si fa notare che alcune sentenze (Corte Appello Trib. Venezia – Sez Lavoro n. 353 del 22/10/2002; Tribunale di Roma – Sez- Lavoro n. 17183 del 21/06/2005, n. 17383 del 7/06/2006 e n. 150059/2006) hanno riconosciuto la natura reversibile dell'assegno di indennizzo non subordinato alla circostanza che la causa di morte sia derivata da diretta conseguenza della patologia contratta.
 - 2 In questo caso il beneficio non rientra nell'asse ereditario ma spetta al congiunto secondo il seguente ordine: coniuge, figli, genitori, fratelli minorenni, fratelli maggiorenni.

3.11 TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI ALLE REGIONI

Di seguito riportiamo una sintesi della normativa riferita al trasferimento delle risorse finanziarie, strumentali ed umane, **limitatamente all'esercizio delle funzioni di cui alla legge 210/92**, per poter correttamente individuare le competenze esercitate dagli enti nelle varie fasi delle procedure, con particolare riferimento alla presentazione della domanda amministrativa, al ricorso amministrativo e giudiziale, nonché alla corresponsione degli indennizzi.

Il **d.lgs 31 marzo 1998, n.112**, in attuazione della legge 15 marzo 1997, n.59, conferisce alle Regioni funzioni e compiti amministrativi dello Stato e relative risorse per l'esercizio delle funzioni di cui alla legge 210/92.

Il **d.p.c.m. 26 maggio 2000** definisce i compiti e le funzioni delle Regioni in materia di indennizzi ai sensi della legge 210/92, trasferendo alle regioni a statuto ordinario l'erogazione dei benefici contemplati della legge che in precedenza era a carico dello Stato.

Con **d.p.c.m. 13 novembre 2000** vengono individuati i criteri di ripartizione tra le regioni per l'esercizio delle funzioni conferite dal d.lgs 31 marzo 1998, n.112.

Il **d.p.c.m. 22 dicembre 2000** ha previsto il trasferimento dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative alle Regioni.

La **Legge 388/2000 (art. 52)**, (finanziaria 2001) individua le risorse finanziarie per tale trasferimento.

L'accordo sancito dalla **Conferenza Unificata Stato-Regioni (8 agosto 2001)** fa decorrere l'effettivo inizio delle funzioni conferite alle Regioni ai sensi del d.lgs 112/98 dalla data di pubblicazione del d.p.c.m 22 dicembre 2000 (G.U. n. 43 del 21.10.2001).

Ne deriva che l'effettivo trasferimento delle competenze alle Regioni in materia di indennizzo legge 210/92 decorre dal 21 febbraio 2001.

Il **d.p.c.m 8 gennaio 2002** ha stabilito, tra l'altro, che rimangono a carico dello Stato:

- gli oneri finanziari relativi agli indennizzi iscritti a ruolo fino al 21 febbraio 2001 che continuano ad essere pagati dai Dipartimenti Provinciali del Tesoro;
- gli indennizzi riconosciuti fino al 21 febbraio 2000 con esclusione dell'*assegno reversibile* o dell'*assegno una tantum* in caso di decesso del soggetto danneggiato;
- gli oneri derivanti dal contenzioso riferito a qualsiasi ricorso giurisdizionale per le istanze di indennizzo trasmesse al Ministero della Salute dalle ASL o dalle

Regioni

prima del 21 febbraio 2001 compreso.

La **Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002** (repertorio atti n. 1508) ha approvato le *"linee guida per la gestione uniforme delle problematiche applicative della legge 210/92 in materia di indennizzi per danni da trasfusioni e vaccinazioni di cui al punto 3 dell'accordo 8 agosto 2001"* (repertorio atti n. 1285).

Nella **Conferenza Stato-Regioni del 23 settembre 2004** (repertorio atti n. 2075) sono state apportate alcune modifiche al testo approvato con repertorio atti n. 1508¹

Con **d.p.c.m 24 luglio 2003** sono state trasferite alle Regioni a Statuto Ordinario ulteriori risorse per coprire gli oneri da queste anticipati per il pagamento degli indennizzi².

-
- 1 Il testo coordinato derivante da questi due accordi, trattandosi di un documento di ben 33 pagine, non è pubblicato in questa guida, in quanto le principali procedure e informazioni sono state riportate in questo capitolo e negli altri che seguono.
 - 2 Da parte dei cittadini residenti nelle regioni a Statuto Ordinario ci vengono segnalati eccessivi ritardi nell'erogazione degli indennizzi derivanti dalla prima domanda, dalla richiesta di aggravamento o dall'accoglimento dei ricorsi amministrativi, a causa, pare, dei gravi ritardi dello Stato nel trasferimento dei fondi anticipati dai titolari delle funzioni (regioni o ASL). Nelle Regioni a Statuto Speciale la situazione ci viene descritta ancor più grave. Ed ancora, i nostri consulenti legali ci riferiscono che occorrono mediamente due anni per ottenere dal Ministero della Salute il pagamento degli importi stabiliti con sentenza definitiva.

4 MODULISTICA

DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI	35
DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI (minorenni) DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI	37
DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI (maggioirenni) DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI	39
DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA CONTATTO CON PERSONA VACCINATA	41
DOMANDA DI REVISIONE DEL GIUDIZIO DI CLASSIFICAZIONE DELL'INFERMITA'	43
DOMANDA DI ASSEGNO UNA TANTUM O ASSEGNO REVERSIBILE PER QUINDICI ANNI	45
DOMANDA PER DOPPIA PATOLOGIA	47
DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A CONTAGIO DA CONIUGE CHE HA GIÀ RICEVUTO IL BENEFICIO	49
DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A CONTAGIO DA MADRE DURANTE LA GESTAZIONE CHE HA GIÀ RICEVUTO IL BENEFICIO	51
DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CONTRATTO A SEGUITO DI CONTATTO CON SANGUE E SUOI DERIVATI PROVENIENTI DA SOGGETTI AFFETTI DA HIV O DA EPATITE VIRALE (operatori sanitari)	53
SCHEDE INFORMATIVE DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI	55
SCHEDE INFORMATIVE DEI DATI RELATIVI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI	56
ELENCO DI PRODOTTI CHE POSSONO RIVESTIRE INTERESSE AI FINI DELLA POTENZIALITA' INFETTIVA	57
DOMANDA PER LA RICHIESTA DELLA RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO	58
DOMANDA PER LA RICHIESTA DEGLI INTERESSI LEGALI	61
SOLLECITO DEFINIZIONE DEL RICORSO AMMINISTRATIVO	64
SOLLECITO DEFINIZIONE DELL'ISTRUTTORIA DA PARTE DELLE ASL	66
PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE DI SILENZIO-RIFIUTO O SILENZIO-ADEMPIMENTO	68
SCHEMA DI LETTERA DA INVIARE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ¹ DELL'ASSISTITO/A	69

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE
CORRELATO A TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R.

Azienda Sanitaria di.....

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la patria potestà/tutore di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- contagiato/a da infezione HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- danneggiato/a irreversibilmente da epatite a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a a(.....) il
- di essere residente in(.....) via..... tel.....
- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti dannosi correlabili agli eventi emotrasfusionali in data come risultante dalla documentazione allegata.
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:

.....,

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentatati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso.

ALLEGA

- scheda informativa dei dati relativi alle trasfusioni subite
- certificato di stato di famiglia;¹
- copia conforme all'originale della cartella clinica rilasciata
- certificazione redatta.....
- copia referti esami ematochimici e strumentali del.....
-
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

¹ Se il danneggiato è minore.
 Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI (minorenni) DANNEGGIATI
IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI
Ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R

Azienda Sanitaria di.....

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di

Esercente la patria potestà/tutore di.....

Erede di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

soggetto che a causa di vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, abbia riportato lesioni od infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;

soggetto non vaccinato che in conseguenza di contatto con persona vaccinata abbia riportato una menomazione permanente;

soggetto che per motivi di lavoro o di incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero, si è sottoposto a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.

CHIEDE INOLTRE

il riconoscimento dell'assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art.1 della legge 210/92.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a ail.....;
- di essere residente in
via.....tel.....
- che il/la figliaè nato/a a
il.....e che risiede in
via.....
- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti dannosi correlabili agli eventi vaccinali in datain occasione

del³.....,
come da documentazione allegata;

- che parte della documentazione prodotta in copia è conforme all'originale;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:

-,
- impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentatati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso

ALLEGA

- scheda informativa dei dati relativi al vaccino ed agli eventi avversi verificatisi
- certificato vaccinale in originale o in copia conforme
- certificato di stato di famiglia ⁴
- certificato di morte ⁵
- copia dell'ordinanza della competente autorità sanitaria; ⁶
- copia conforme della cartella clinica relativa al primo ricovero
-
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

³ Riportare gli estremi del ricovero, della visita specialistica ecc.

⁴ Se il danneggiato è deceduto.

⁵ Se il danneggiato è deceduto.

⁶ Se la vaccinazione è stata praticata per ordine dell'autorità sanitaria.

- Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI (maggioresni)) DANNEGGIATI
IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI
Ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R

Azienda Sanitaria di.....

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

Diretto/a interessato/a

Erede di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- soggetto che a causa di vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, abbia riportato lesioni od infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;
- soggetto non vaccinato che in conseguenza di contatto con persona vaccinata abbia riportato una menomazione permanente;
- soggetto che per motivi di lavoro o di incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero, si è sottoposto a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;
- soggetto operante in strutture sanitarie ospedaliere a rischio che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.

CHIEDE INOLTRE

il riconoscimento dell'assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art.1 della legge 210/92

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a ail.....;
- di essere residente in
via.....tel.....

- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti dannosi correlabili agli eventi vaccinali in datain occasione del¹....., come da documentazione allegata;
- che parte della documentazione prodotta in copia è conforme all'originale;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:
.....,
- impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso

ALLEGA

- scheda informativa dei dati relativi al vaccino ed agli eventi avversi verificatisi;
- certificato di stato di famiglia ²
- certificato di morte ³
- copia dell'ordinanza della competente autorità sanitaria ⁴
- copia conforme della cartella clinica relativa al primo ricovero
-

[città, data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

¹ Riportare gli estremi del ricovero, della visita specialistica ecc.
² Se il danneggiato è deceduto.
³ Se il danneggiato è deceduto.
⁴ Se la vaccinazione è stata praticata per ordine dell'autorità sanitaria.
 Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI
IRREVERSIBILMENTE DA CONTATTO CON PERSONA VACCINATA
Ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R

Azienda Sanitaria di.....

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

- Esercente la patria potestà/tutore di.....
- Diretto interessato
- Erede di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- soggetto che a causa di vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, abbia riportato lesioni od infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;
- soggetto non vaccinato che in conseguenza di contatto con persona vaccinata abbia riportato una menomazione permanente;
- soggetto che per motivi di lavoro o di incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero, si è sottoposto a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.

CHIEDE INOLTRE

il riconoscimento dell'assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art.1 della legge 210/92.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a ail.....;
- di essere residente in
via.....tel.....
- che il soggetto vaccinatoè nato/a ail e che risiede in via.....
- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti dannosi correlabili agli eventi vaccinali in datain occasione

del.⁸.....,

come da documentazione allegata;

- che parte della documentazione prodotta in copia è conforme all'originale;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:

.....,

- impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentatati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso.

ALLEGA

- scheda informativa dei dati relativi al vaccino ed agli eventi avversi verificatisi
- certificato vaccinale in originale o in copia conforme
- certificato di stato di famiglia ⁹
- certificato di morte ¹⁰
- copia dell'ordinanza della competente autorità sanitaria ¹¹
- copia conforme della cartella clinica relativa al primo ricovero
-
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

⁸ Riportare gli estremi del ricovero, della visita specialistica ecc.

⁹ Se il danneggiato è minore o deceduto

¹⁰ Se il danneggiato è deceduto

¹¹ Se la vaccinazione è stata praticata per ordine dell'autorità sanitaria

**DOMANDA DI REVISIONE DEL GIUDIZIO DI CLASSIFICAZIONE
DELL' INFERMITÀ
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R.

Azienda Sanitaria di.....
.....
.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la patria potestà/tutore di.....

CHIEDE

la revisione del giudizio di classificazione dell' infermità

di cui alla tabella A annessa al T.U. approvato con D.P.R. 23 dicembre 1978, n.915, come sostituita dalla tabella A allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834, per sopraggiunto aggravamento della stessa, ai sensi dell'art. 6, comma 1 della legge 25/2/1992, n.210, in quanto:

- contagiato/a da infezione HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- danneggiato/a irreversibilmente da epatite a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- danneggiato/a irreversibilmente da vaccinazioni
- operatore sanitario danneggiato da contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da HIV o epatite virale
- contagiato/a da coniuge che ha ricevuto il beneficio
- contagiato/a durante la gravidanza

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a a (.....) il.....;

- di essere residente in.....(.....);
- via.....tel.....;
- di aver avuto conoscenza dell'aggravamento del danno in data....., come da documentazione allegata;
- che ha inoltrato domanda di indennizzo ai sensi dell'art. 1 della legge n. 210/92 con il seguente esito finale: giudizio diagnostico..... categoria.....;
- che parte della documentazione prodotta in copia è conforme all'originale;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:.....,

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentatati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso.

ALLEGA

- certificato di stato di famiglia ¹
-
- certificazione redatta.....
- copia referti esami ematochimici e strumentali del.....
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

¹ Se il danneggiato è minore.
 Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA DI ASSEGNO UNA TANTUM
O ASSEGNO REVERSIBILE PER QUINDICI ANNI
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R.

Azienda Sanitaria di.....

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di erede (¹.....) di....., nato/a aIl....., deceduto/a in, il..... già residente in....., via

CHIEDE DI OTTENERE

- l'assegno una tantum, oppure
- l'assegno reversibile per quindici anni, di cui all'art.2, comma 3 della legge 25/2/1992, n.210, come modificato dall'art. 1, comma 3 della legge 25/7/1997, n.238,

ritenendo che il decesso del familiare sia derivato da:

- infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati
- infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV, in occasione e durante il servizio come operatore sanitario
- infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti virali, in occasione e durante il servizio come operatore sanitario
- da epatite post-trasfusionale
- vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana
- contatto con persona vaccinata che abbia riportato una menomazione permanente
- vaccinazioni effettuate per motivi di lavoro o per poter accedere ad uno stato estero che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie
- vaccinazioni non obbligatorie effettuate a soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere
- coniuge contagiato da uno dei soggetti sopra indicati
- figlio contagiato durante la gestazione.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

¹ Indicare il grado di parentela (nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro.

DICHIARA

- di essere nato/a.....il
- di essere residente in....., via.....tel.....
- che il/la signor/ra è nato/a ail.....e deceduto/a inil.....;
- che il/la signor/ra.....AVEVA inoltrato domanda di indennizzo ai sensi dell'art. 1 della legge n. 210/92 con il seguente esito finale:giudizio diagnostico.....categoria.....
- che il/la signor/ra NON AVEVA presentato domanda di indennizzo ai sensi dell'art 1 della legge 210/92;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:

.....,
impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentati in copia fotostatica sono conformi agli originali in suo possesso.

ALLEGA

- certificato di stato di famiglia
- certificato stato di famiglia storico alla data del decesso
- certificato di morte, in caso di decesso in strutture ospedaliere
- copia conforme della scheda di morte (mod. ISTAT), nel caso il decesso sia avvenuto al di fuori di strutture ospedaliere
- copia conforme all'originale della cartella relativa al decesso;
- copia conforme all'originale della cartella clinica contenente i dati relativi alle emostrasfusioni subite unitamente alla copia del referto dell'esame attestante la prima positività del virus ²
- copia degli esami ematochimici e strumentali antecedenti il decesso attestanti la compromissione dell'organo epatico
- copia documentazione attestante il riconoscimento del beneficio³
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

² Se l'interessato NON aveva presentato domanda.
³ Se l'interessato AVEVA presentato domanda in vita.

- Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA PER DOPPIA PATOLOGIA
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R

Azienda Sanitaria di.....
.....
.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la patria potestà/tutore di.....

CHIEDE

di ottenere il riconoscimento dell'indennizzo aggiuntivo per aver contratto più di una patologia pari al 50% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art. 1 della L.210/92 ritenendo di aver subito più di un danno permanente irreversibile perché:

- Contagiato/a da infezione HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati e danneggiato/a da epatite virale
- Contagiato/a da infezione HIV a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da HIV e danneggiato da epatite virale
- Danneggiato/a da vaccinazioni e contagiato da HIV
- Danneggiato/a da vaccinazioni e contagiato da epatite virale
- Contagiato/a da coniuge che ha ricevuto il beneficio
- Contagiato/a durante la gravidanza

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a a (.....) il.....;
- di essere residente in.....(.....)
via

- di aver avuto conoscenza del danno aggiuntivo in data....., come da documentazione allegata
- che ha inoltrato domanda di indennizzo ai sensi dell'art. 1 della legge n. 210/92 con il seguente esito finale: giudizio diagnostico..... categoria.....
- che parte della documentazione prodotta in copia è conforme all'originale
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:....., impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso.

ALLEGA

- certificato di stato di famiglia ¹
-
- certificazione redatta.....
- copia referti esami ematochimici e strumentali del.....
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

¹ Se il danneggiato è minore.
 Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A CONTAGIO DA
CONIUGE CHE HA GIÀ RICEVUTO IL BENEFICIO
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R

Azienda Sanitaria di.....
.....
.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Erede di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge e art. 1, comma 6, della legge 25 luglio 1997 n. 238 ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- Danneggiato/a irreversibilmente da HIV contratta dal coniuge
Signor/ra.....nata a.....
il.....e residente in
via.....,
che ha già ricevuto l'indennizzo in data
- Danneggiato/a irreversibilmente da epatite virale contratta dal coniuge
Signor/ra.....nata a.....
il.....e residente in
via.....,
che ha già ricevuto l'indennizzo in data

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a ail.....;

- di essere residente in(.....).....
via.....tel.....;
- di aver avuto conoscenza del danno in data....., come
da documentazione allegata;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente
indirizzo:

.....,

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentatati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso.

ALLEGA

- certificato di stato di famiglia
- certificato di morte¹
- documentazione riferita al riconoscimento dei benefici al coniuge;
- esami ematochimici e strumentali del.....
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

¹ Se il coniuge è deceduto

Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE
CORRELATO A CONTAGIO DA MADRE DURANTE LA GESTAZIONE
CHE HA GIÀ RICEVUTO IL BENEFICIO
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R

Azienda Sanitaria di.....
.....
.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a....., in qualità di:

- Diretto interessato
- Erede di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge e art. 1, comma 6 della legge 25 luglio 1997 n. 238

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- figlio/a contagiato/a da HIV durante la gestazione dalla madre signora nata a il e residente invia, che ha ricevuto il beneficio in data.....;
- figlio/a contagiato/a da epatite virale durante la gestazione dalla madre signora nata a il e residente invia, che ha ricevuto il beneficio in data.....

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a ail.....;
- di essere residente invia.....tel.....

- di aver avuto conoscenza del danno in data....., come da documentazione allegata
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:....., impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentatati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso

ALLEGA

- Certificato di stato di famiglia
- Certificato di morte ¹
- Cartella clinica del parto in copia conforme all'originale
- Documentazione riferita al riconoscimento dei benefici alla madre
- Esami ematochimici e strumentali del.....
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

¹ Se la madre è deceduta.
 Segnare la voce che interessa.

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE
CONTRATTO A SEGUITO DI CONTATTO CON SANGUE E SUOI DERIVATI
PROVENIENTI DA SOGGETTI AFFETTI DA HIV O DA EPATITE VIRALE
(operatori sanitari) ex Legge 210/92**

Raccomandata AR

Azienda Sanitaria di.....

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a, in qualità di diretto/a interessato/a

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge come modificata dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 476/2002

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- operatore sanitario che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psicofisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
- operatore sanitario che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psicofisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione da epatiti virali;

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a ail.....;
- di essere residente in
via.....tel.....
- di aver avuto conoscenza del danno in data....., come da documentazione allegata

- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:.....,

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto,

DICHIARA INOLTRE

che tutti i documenti presentati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso

ALLEGA

- Certificato di servizio rilasciato da.....;
- Dichiarazione della Direzione Sanitaria dove si è verificato l'incidente attestante la effettiva presenza in servizio dell'interessato durante l'accaduto
- Atti amministrativi dai quali possa emergere la mansione effettivamente svolta nel/nei reparto/i ove si sono verificati i fatti
- Originale o copia conforme della denuncia di infortunio INAIL¹
- Verbale CMO mod. ML/AB (riconoscimento dipendenza da causa di servizio) ¹
- Determinazione INPDAP (riconoscimento pensione privilegiata)¹
- Esami ematochimici e strumentali dell'epoca
- Esami ematochimici e strumentali attuali
-

[città,data e firma]

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma

¹ Se esistente. Ove tale documentazione fosse mancante o non reperibile la domanda può essere ugualmente presentata in quanto vi sono al riguardo alcune sentenze favorevoli. Segnare la voce che interessa.

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE
O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e nome
Luogo e data di nascita
Indirizzo

CONDIZIONE PATOLOGICA CHE HA RICHIESTO LA TRASFUSIONE O LA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI:

<input type="checkbox"/> 1) Politrasfuso per emopatia cronica	<input type="checkbox"/> 2) Trasmiso per evento acuto
Informazioni relative al prodotto/i somministrato/i per i soggetti di cui al punto 1)	
Tipo/i e periodo/i di somministrazione:	
dal	
al	
Annotazioni	
Informazioni relative al prodotto somministrato (soggetti di cui al punto 2)	
Tipo	
N° unità	
Data di somministrazione	
Luogo di somministrazione	
Annotazioni	
Informazioni relative all'infezione HIV (rilevamenti date)	
Prima positività	Diagnosi malattia
Grave immunodepressione (CD4<200ml)	Decesso
Informazioni relative all'infezione da virus epatici (rilevamenti date)	
HBV	HBV DNA
HCV	HCV PRC RNA

Data

(firma e timbro del medico)

Barrare la voce che interessa.

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA
SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI**

Cognome e nome					
Luogo e data di nascita					
Indirizzo				tel.	
<input type="checkbox"/> VACCINATO			<input type="checkbox"/> CONTATTO		
Informazioni relative al prodotto somministrato					
Data somministrazione del vaccino					
Nome commerciale del vaccino					
Ditta Produttrice			Serie		
Controllo di Stato			Lotto		
Data di Preparazione			Data di scadenza		
Luogo di Somministrazione					
Informazioni relative alle reazioni avverse					
Data dei primi sintomi soggettivi			Data dei primi sintomi oggettivi		
Sintomi oggettivi generali			Sintomi oggettivi neurologici		
febbre > 39°C	SI	NO	debolezza muscolare	SI	NO
durata della febbre (giorni)			areflessia tendinea	SI	NO
anoressia	SI	NO	paresi transitoria	SI	NO
vomito	SI	NO	paresi permanente	SI	NO
atassia	SI	NO	segni meningei	SI	NO
diarrea	SI	NO	stipsi	SI	NO
iperemia fauci	SI	NO	segni encefalici	SI	NO
iperemia cutanea	SI	NO	Convulsioni	SI	NO
cefalea	SI	NO	exitus (data)		
esantemi	SI	NO	Altro		

Data

(firma e timbro del medico)

Barrare le voci che interessano

ELENCO DI ALCUNI PRODOTTI CHE POSSONO RIVESTIRE INTERESSE AI FINI DELLA POTENZIALITA' INFETTIVA¹		
Sangue intero	Plasma	Globuli Rossi Concentrati
Piastrine	Pappa di piastrine	Aimafix
ATT Immuno	Autoplex	Bebulin
Bebulin TIM 2	Bebulin TIM 3	Crio CT
Crio Kabi	Emoclot	Emoclot D.I.
Emoclot octa	Factorate	Factor VII CHS
Feiba	Feiba TIM 4	Haemate
Hemofil	Hemofil M	Hemofil T
Hylate C	Humanat	Immunine
Intron	Koate	Koate HS e Koate HT
Kogenate	Konakion	Konyne
Kryobuli	Kryobuli TM 2	Kryobuli TM 3
Kybernin	Monoclata	Monocalte P
Mononine	IX HP Biotransf	Novosen
VIII V W F Bio	Partobulin	Pix P
Preconativ	Preconativ T	Profilate
Protromplex	Protromplex TIM 4	Provertin
Purofil	Refacto	Ricombinante F
Tussicol	Uman Complex IX	Uman Cry VIII

¹ Trattasi di un elenco, se pur non esaustivo, che può risultare utile ai fini della corretta visione della cartella clinica e conseguente compilazione della scheda informativa riportata nella precedente pagina. Alcuni di questi prodotti pur non essendo più commercializzati possono rivestire interesse nell'esame di cartelle cliniche riferite a pregressi ricoveri. Occorre precisare che attualmente, rispetto al passato, i livelli di sicurezza nei controlli dei donatori e nel trattamento degli emoderivati sono diventati sempre più elevati.

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELLA RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO¹

*(per i residenti nelle Regioni a Statuto Ordinario
che hanno delegato le ASL alla erogazione dell'indennizzo)*

Raccomandata AR

Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direz. Generale della Programmazione
Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei
Principi Etici di Sistema
Ufficio VIII - Legge 210/92
Piazzale dell'Industria 20
00144 ROMA

Raccomandata A.R.

ASL.....
.....
.....

Il/la sottoscritta
nato/a a(prov.....) il.....e residente in
.....prov.....), via.....,
titolare dell'indennizzo di cui alla legge 210/92 e successive modificazioni,

LAMENTA

il mancato adeguamento rivalutativo dell'indennità integrativa speciale di cui all'art. 2, comma 1 legge 25/2/1992, n.210 e successive modifiche, sulla base della variazione percentuale annuale dell'indice ISTAT del costo della vita, così come previsto dalla legge stessa e come deciso dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 15894 del 28/07/2005 e dalla consolidata giurisprudenza di merito, a decorrere dal mese successivo a quello della presentazione della domanda amministrativa avvenuta il

CHIEDE

a Codeste Amministrazioni, nell'ambito delle rispettive competenze, l'integrale adeguamento delle maturande rate, nonché il pagamento degli arretrati maturati, per detto titolo, a decorrere dalla data del riconoscimento dell'indennizzo stesso, da calcolarsi tenendo conto di tutti gli adeguamenti che, annualmente, avrebbero dovuti essere applicati alle tabelle di riferimento dalla data di entrata in vigore della legge 210/92, oltre gli interessi legali sull'importo maturato;

PRECISA

che la presente viene cautelativamente inoltrata al Ministero della Salute ed alla ASL.....al fine di prevenire successive eccezioni d'incompetenza e che nessun rilievo in contrario potrà attribuirsi a circolari e/o atti amministrativi che dovessero disporre o aver disposto in senso contrario;

AVVERTE

che in caso di Vostro mancato riscontro entro e non oltre 60 giorni dal ricevimento della presente, come pure in caso di Vostro riscontro negativo o comunque meramente interlocutorio dilatatorio, mi riterrò libero/a di agire, anche giudizialmente, con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico e che la presente deve a tutti gli effetti intendersi come interruttiva del decorso dei termini prescrizionali.
Con osservanza.

[città,data e firma]

¹ vedi anche cap. 6.2

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELLA RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO¹

*(per i residenti nelle Regioni a Statuto Ordinario
che NON hanno delegato le ASL alla erogazione dell'indennizzo)*

Raccomandata AR

Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direz. Generale della Programmazione
Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei
Principi Etici di Sistema
Ufficio VIII - Legge 210/92
Piazzale dell'Industria 20
00144 ROMA

Raccomandata AR

Regione.....
.....
.....

Il/la sottoscritta
nato/a a(prov.....) il..... e
residente.....(prov.....),via.....,
titolare dell'indennizzo di cui alla legge 210/92 e successive modificazioni,

LAMENTA

il mancato adeguamento rivalutativo dell'indennità integrativa speciale di cui all'art. 2, comma 1 legge 25/2/1992, n.210 e successive modifiche, sulla base della variazione percentuale annuale dell'indice ISTAT del costo della vita, così come previsto dalla legge stessa e come deciso dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 15894 del 28/07/2005 e dalla consolidata giurisprudenza di merito, a decorrere dal mese successivo a quello della presentazione della domanda amministrativa avvenuta il

CHIEDE

a Codeste Amministrazioni, nell'ambito delle rispettive competenze, l'integrale adeguamento delle maturande rate, nonché il pagamento degli arretrati maturati, per detto titolo, a decorrere dalla data del riconoscimento dell'indennizzo stesso, da calcolarsi tenendo conto di tutti gli adeguamenti che, annualmente, avrebbero dovuti essere applicati alle tabelle di riferimento dalla data di entrata in vigore della legge 210/92, oltre gli interessi legali sull'importo maturato;

PRECISA

che la presente viene cautelativamente inoltrata al Ministero della Salute ed alla Regione.....al fine di prevenire successive eccezioni d'incompetenza e che nessun rilievo in contrario potrà attribuirsi a circolari e/o atti amministrativi che dovessero disporre o aver disposto in senso contrario;

AVVERTE

che in caso di Vostro mancato riscontro entro e non oltre 60 giorni dal ricevimento della presente, come pure in caso di Vostro riscontro negativo o comunque meramente interlocutorio dilatorio, mi riterrò libero/a di agire, anche giudizialmente, con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico e che la presente deve a tutti gli effetti intendersi come interruttiva del decorso dei termini prescrizione.

Con osservanza

[città,data e firma]

¹ vedi anche cap. 6.2

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELLA RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO¹

(per i residenti nelle Regioni a Statuto Speciale)

Raccomandata AR

Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della Programmazione
Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei
Principi Etici di Sistema
Ufficio VIII - Legge 210/92
Piazzale dell'Industria 20
00144 ROMA

Il/la sottoscritta
nato/a a(prov.....) il..... e residente
in.....(prov.....),via.....,
titolare dell'indennizzo di cui alla legge 210/92 e successive modificazioni,

LAMENTA

il mancato adeguamento rivalutativo dell'indennità integrativa speciale di cui all'art. 2, comma 1 legge 25/2/1992, n.210 e successive modifiche, sulla base della variazione percentuale annuale dell'indice ISTAT del costo della vita, così come previsto dalla legge stessa e come deciso dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 15894 del 28/07/2005 a decorrere dal mese successivo a quello della presentazione della domanda amministrativa avvenuta il

CHIEDE

a Codeste Amministrazioni, nell'ambito delle rispettive competenze, l'integrale adeguamento delle maturande rate, nonché il pagamento degli arretrati maturati, per detto titolo, a decorrere dalla data del riconoscimento dell'indennizzo stesso, da calcolarsi tenendo conto di tutti gli adeguamenti che, annualmente, avrebbero dovuti essere applicati alle tabelle di riferimento dalla data di entrata in vigore della legge 210/92, oltre gli interessi legali sull'importo maturato;

PRECISA

che la presente viene cautelativamente inoltrata al Ministero della Salute anche al fine di prevenire successive eccezioni d'incompetenza e che nessun rilievo in contrario potrà attribuirsi a circolari e/o atti amministrativi che dovessero disporre o aver disposto in senso contrario;

AVVERTE

che in caso di Vostro mancato riscontro entro e non oltre 60 giorni dal ricevimento della presente, come pure in caso di Vostro riscontro negativo o comunque meramente interlocutorio dilatatorio, mi riterrò libero/a di agire, anche giudizialmente, con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico e che la presente deve a tutti gli effetti intendersi come interruttiva del decorso dei termini prescrizione. Con osservanza.

[città,data e firma]

¹ vedi anche cap.6.2

DOMANDA PER LA RICHIESTA DEGLI INTERESSI LEGALI
dal 121° giorno successivo alla presentazione della domanda amministrativa
(per i residenti nelle Regioni a Statuto Ordinario che hanno delegato le ASL alla erogazione dell'indennizzo)

Raccomandata A.R.

ASL.....
.....
.....

Il/la sottoscritto/a
nato/a a(prov.....) il..... e
residente in(prov.....),via.....,
in qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la patria potestà/tutore di.....
- Erede di.....

ESPONE

- In data..... il/la sottoscritto/a ha presentato domanda per l'ottenimento dell'indennizzo previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 a seguito dei danni causati da¹.....
- Con lettera datata.....prot.Codesta ASL ha comunicato allo/a scrivente il riconoscimento del diritto all'indennizzo.
- In data.....Codesta Azienda Sanitaria ha corrisposto i ratei di indennizzo maturati successivamente alla presentazione della domanda, senza però includervi gli interessi legali.

RILEVA

- Ai sensi della legge 210/92, art. 2, comma 2, l'indennizzo è dovuto dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda.
- Dal 121 giorno successivo alla richiesta dell'indennizzo, così come stabilito dall'art. 7 della legge 11.08.1973, n. 533, sono dovuti² gli interessi moratori al tasso legale.

Tutto ciò esposto e considerato

CHIEDE

Che Codesta ASL voglia corrispondere al/alla sottoscritto/a gli interessi al tasso legale maturati su ciascun rateo bimestrale dell'indennizzo dovuto a partire dal 121° giorno successivo alla domanda e fino al....., data di liquidazione degli arretrati Valga la presente quale formale diffida con avvertimento che in difetto di riscontro entro 30 giorni dal ricevimento mi riterrò libero/a di agire, anche giudizialmente, con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico e che la presente deve a tutti gli effetti intendersi come interruttiva del decorso dei termini prescrizionali.
Con osservanza

[città,data e firma]

¹ Vaccinazione, trasfusione, somministrazione di emoderivato, contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da HIV o epatite virale, ecc.

² Per giurisprudenza consolidata debbono essere corrisposti gli interessi legali per tardivo pagamento degli arretrati. Vedi anche cap. 6.1

DOMANDA PER LA RICHIESTA DEGLI INTERESSI LEGALI
dal 121° giorno successivo alla presentazione della domanda amministrativa
(per i residenti nelle Regioni a Statuto Ordinario che NON hanno delegato le ASL alla erogazione dell'indennizzo)

Raccomandata A.R. Regione.....
.....
.....

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a(prov.....) il.....e

residente in (prov.....),via.....,

in qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la patria potestà/tutore di.....
- Erede di.....

ESPONE

- In data..... il/la sottoscritto/a ha presentato domanda per l'ottenimento dell'indennizzo previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 a seguito dei danni causati da¹.....
- Con lettera datata.....prot.....Codesta Amministrazione Regionale ha comunicato allo/a scrivente il riconoscimento del diritto all'indennizzo.
- In data.....Codesta Regione ha corrisposto i ratei di indennizzo maturati successivamente alla presentazione della domanda, senza però includervi gli interessi legali.

RILEVA

- Ai sensi della legge 210/92, art. 2, comma 2, l'indennizzo è dovuto dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda.
- Dal 121 giorno successivo alla richiesta dell'indennizzo, così come stabilito dall'art. 7 della legge 11.08.1973, n. 533, sono dovuti² gli interessi moratori al tasso legale.

Tutto ciò esposto e considerato

CHIEDE

Che Codesta Amministrazione Regionale voglia corrispondere al/alla sottoscritto/a gli interessi al tasso legale maturati su ciascun rateo bimestrale dell'indennizzo dovuto a partire dal 121° giorno successivo alla domanda e fino al....., data di liquidazione degli arretrati

Valva la presente quale formale diffida con avvertimento che in difetto di riscontro entro 30 giorni dal ricevimento mi riterrò libero/a di agire, anche giudizialmente, con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico e che la presente deve a tutti gli effetti intendersi come interruttiva del decorso dei termini prescrizionali.

Con osservanza

[città,data e firma]

¹ Vaccinazione, trasfusione, somministrazione di emoderivato, contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da HIV o epatite virale, ecc.

² Per giurisprudenza consolidata debbono essere corrisposti gli interessi legali per tardivo pagamento degli arretrati. Vedi anche cap. 6.1.

DOMANDA PER LA RICHIESTA DEGLI INTERESSI LEGALI
dal 121° giorno successivo alla presentazione della domanda amministrativa
(per i residenti nelle Regioni a Statuto Speciale)

Raccomandata AR

Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della Programmazione
Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici
di Sistema Ufficio VIII - Legge 210/92
Piazzale dell'Industria 20
00144 ROMA

Il/la sottoscritto/a
nato/a a(prov.....) il..... e
residente in.....(prov.....),via....., in
qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la patria potestà/tutore di
- Erede di

ESPONE

- In data..... il/la sottoscritto/a ha presentato domanda per l'ottenimento dell'indennizzo previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 a seguito dei danni causati da¹.....
- Con lettera datata.....prot. Codesto Ministero ha comunicato allo/a scrivente il riconoscimento del diritto all'indennizzo.
- In data.....Codesto Ministero ha corrisposto i ratei di indennizzo maturati successivamente alla presentazione della domanda, senza però includervi gli interessi legali.

RILEVA

- Ai sensi della legge 210/92, art. 2, comma 2, l'indennizzo è dovuto dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda.
- Dal 121 giorno successivo alla richiesta dell'indennizzo, così come stabilito dall'art. 7 della legge 11.08.1973, n. 533, sono dovuti² gli interessi moratori al tasso legale.

Tutto ciò esposto e considerato

CHIEDE

Che Codesto Ministero voglia corrispondere al/alla sottoscritto/a gli interessi al tasso legale maturati su ciascun rateo bimestrale dell'indennizzo dovuto a partire dal 121° giorno successivo alla domanda e fino al....., data di liquidazione degli arretrati. Valga la presente quale formale diffida con avvertimento che in difetto di riscontro entro 30 giorni dal ricevimento mi riterrò libero/a di agire, anche giudizialmente, con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico e che la presente deve a tutti gli effetti intendersi come interruttiva del decorso dei termini prescrizionali.

Con osservanza

[città, data e firma]

¹ Vaccinazione, trasfusione, somministrazione di emoderivato, contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da HIV o epatite virale, ecc.

² Per giurisprudenza consolidata debbono essere corrisposti gli interessi legali per tardivo pagamento degli arretrati

SOLLECITO DEFINIZIONE DEL RICORSO AMMINISTRATIVO

Schema da usare quando, trascorsi 390 giorni dal ricevimento del ricorso da parte del Ministero della Salute, L'ufficio VIII NON ha dato ancora comunicazione del trasferimento della pratica all'Ufficio Medico Legale dello stesso Ministero

Raccomandata A.R.

Al Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria, dei Livelli di
Assistenza e dei Principi Etici di
Sistema. Ufficio VIII
Piazzale dell'Industria 20
00144 ROMA

Oggetto: sig./ra
sollecito definizione ricorso amministrativo avverso giudizio CMO di
n. del..... presentato il.....

Il/la sottoscritto/a,.....
nato/a a(.....) il.....e residente
in (.....), via.....

ESPONE:

- di aver presentato domanda amministrativa alla Azienda Sanitaria di in data, al fine di ottenere l'indennizzo;
- di essersi sottoposto/a a visita presso la Commissione Medico Ospedaliera di in data
- di aver presentato ricorso amministrativo avverso la decisione della C.M.O. il
- di non aver ricevuto a tutt'oggi alcuna formale comunicazione sull'iter del procedimento, ne tantomeno sulla sua definizione;

CHIEDE

a Codesto Ministero di voler provvedere con cortese sollecitudine alla definizione del procedimento apertosi con la domanda amministrativa del, facendo rispettosamente notare che è decorso il termine massimo di 390 giorni per l'istruttoria del ricorso e quello di 730 giorni per la liquidazione dell'indennizzo (D.M. 18/11/1998, n.514).

Ciò comporta che, in caso di mancata risposta entro breve termine, il/la sottoscritto/a potrebbe avviare un procedimento al fine di ottenere un pronuncia giurisdizionale relativa al proprio caso con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico

Con osservanza

[città,data e firma]

SOLLECITO DEFINIZIONE DEL RICORSO AMMINISTRATIVO

Schema da usare quando, trascorsi 390 giorni dal ricevimento del ricorso da parte del Ministero della Salute, L'ufficio VIII HA dato comunicazione del trasferimento della pratica all'Ufficio Medico Legale dello stesso Ministero

Raccomandata A.R.

Al Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della Programmazione
Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei
Principi Etici di Sistema. Ufficio VIII
Piazzale dell'Industria 20
00144 ROMA

Oggetto: sig./ra
sollecito definizione ricorso amministrativo avverso giudizio CMO di
n. del..... presentato il.....

Il/la sottoscritto/a,.....
nato/a a(.....) il.....e
residente in (.....), via.....

ESPONE:

- di aver presentato domanda amministrativa alla Azienda Sanitaria di in data, al fine di ottenere l'indennizzo;
- di essersi sottoposto/a a visita presso la Commissione Medico Ospedaliera di in data
- di aver presentato ricorso amministrativo avverso la decisione della C.M.O. il
- di essere stato/a invitato/a dall'Ufficio Medico Legale di Codesto Ministero in datacon nota n..... ad integrare il ricorso con ulteriori accertamenti ematochimici e strumentali;
- di aver spedito a detto Ufficio quanto richiesto con raccomandata AR del
- di non aver ricevuto a tutt'oggi alcuna formale comunicazione sulla definizione del procedimento.

CHIEDE

a Codesto Ministero di voler provvedere con cortese sollecitudine alla definizione del procedimento apertosi con la domanda amministrativa del, facendo rispettosamente notare che è decorso il termine massimo di 390 giorni per l'istruttoria del ricorso e quello di 730 giorni per la liquidazione dell'indennizzo (D.M. 18/11/1998, n.514).

Ciò comporta che, in caso di mancata risposta entro breve termine, il/la sottoscritto/a potrebbe avviare un procedimento al fine di ottenere un pronuncia giurisdizionale relativa al proprio caso con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico

Con osservanza

[città,data e firma]

SOLLECITO DEFINIZIONE ISTRUTTORIA DA PARTE DELLE ASL

Schema da usare quando, trascorsi 90 giorni dalla presentazione della domanda la ASL non ha dato formale notizia circa il trasferimento della pratica alla CMO.

Raccomandata A.R.

ASL.....
.....
.....

Oggetto: sig./ra
sollecito definizione procedimento istruttorio

Il/la sottoscritto/a,.....
nato/a a(.....) il.....e
residente in (.....), via.....

ESPONE:

- di aver presentato domanda amministrativa a Codesta Azienda Sanitaria in data, al fine di ottenere l'indennizzo;
- di aver spedito a mezzo raccomandata la documentazione richiesta da Codesta ASL con nota n.....delil.....¹
- di non aver ricevuto a tutt'oggi alcuna formale comunicazione in ordine al completamento della istruttoria e conseguente invio del fascicolo all'esame della CMO per l'acquisizione del giudizio tecnico medico legale ².

CHIEDE

a Codesta Azienda Sanitaria di voler provvedere con cortese sollecitudine alla definizione del procedimento di competenza apertosi con la domanda amministrativa presentata il, facendo rispettosamente notare che

¹ Qualora richiesta, oppure: di aver presentato.

² Si ricorda che i 90 giorni stabiliti per la ASL per la definizione del procedimento (istruttoria della pratica e acquisizione del giudizio medico legale) vengono sospesi al momento dell'invio del fascicolo alla CMO. Spiace, purtroppo, dover constatare che le CMO, salvo poche eccezioni, impiegano molti mesi prima di chiamare a visita i cittadini danneggiati e rinviare alle ASL il verbale modello ML/V. A riguardo il TAR Abruzzo – Sez. Pescara 26.01.2001, n.66 si è così espresso: “La fase procedimentale che si svolge presso la USL per conseguire la concessione dell'indennizzo conclude un vero e proprio sub-procedimento che assume una sua indubbia autonomia, e la CMO costituisce organo consultivo che si pone in rapporto funzionale con l'amministrazione della USL; in effetti, l'art. 3, comma 1 legge 25 febbraio 1992, n. 210 pone a carico della USL la raccolta di tutti gli atti rilevanti ai fini istruttori, ivi compresa l'acquisizione del giudizio della commissione medica ospedaliera; il suo ruolo, quindi, non può ritenersi limitato alla semplice trasmissione di documenti, ma implica anche la possibilità di mettere in mora la citata commissione medica, essendo chiaramente investita del potere di concludere la fase istruttoria.

è decorso il termine massimo di 90 giorni per l'istruttoria e l'acquisizione del giudizio medico legale.

Ciò comporta che, in caso di mancata risposta entro breve termine, il/la sottoscritto/a potrebbe avviare un procedimento al fine di ottenere un pronuncia giurisdizionale relativa al proprio caso con aggravio di spese processuali a vostro esclusivo carico.

Con osservanza

[città,data e firma]

**PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE DI SILENZIO-RIFIUTO
O SILENZIO INADEMPIMENTO**

D.p.r. 10 gennaio 1957 n. 3, art. 25

Se si vuole utilizzare tale procedimento per rendere impugnabile giudizialmente il silenzio rifiuto o silenzio inadempimento della ASL, della Regione o del Ministero della Salute occorre:

- inerzia di almeno 60 g. dell'amministrazione sull'istanza;
- diffida formale ad adempiere, notificata a mezzo di ufficiale giudiziario;
- ulteriore inerzia dell'amministrazione protrattasi per almeno 30 gg. dopo la notifica dell'atto di messa in mora.

Di seguito riportiamo uno schema da utilizzare nei confronti della ASL

Il/la sottoscritto/a signor/ra
nato/a a (prov.....) il.....e
residente in (prov.....), via.....
presentava alla USL domanda in data
.....ai sensi dell'art. 3 della legge 210/92 e successive modifiche
per ottenere l'indennizzo per danni da [«...¹»]

Ad oggi Codesta Azienda Sanitaria non ha ancora provveduto a richiedere il parere obbligatorio e vincolante alla Commissione Medica Ospedaliera, così come espressamente previsto dall'art. 3 legge 210/92 (*“La USL provvede, entro novanta giorni dalla data di presentazione delle domande, all'istruttoria delle domande stesse e all'acquisizione del giudizio di cui all'art., 4 sulla base delle direttive del Ministero della sanità*

Occorre tener presente che l'art. 2 della legge 241/90 impone l'obbligo di esplicita e motivata conclusione del procedimento e così recita: *“Ove il procedimento consegua obbligatoriamente ad una istanza (...) la pubblica amministrazione ha il dovere di concluderlo mediante l'adozione di un provvedimento espresso”.*

. [«...²»]

Pertanto, Il/la sottoscritto/a per le considerazioni sopra esposte

DIFFIDA FORMALMENTE

L'Azienda ASL.....ad istruire il procedimento mediante invio dello stesso alla CMO di.....al fine di garantire l'adempimento dell'obbligo di concludere il procedimento con provvedimento espresso come previsto dagli artt. 3 e 'art. 4 della legge 210/92 e dall'art. 2 della L. 241/90.

Con osservanza

[città, data e firma]

¹ Riportare la causa del danno

SCHEMA DI LETTERA

che le Associazioni possono inviare al medico di Medicina Generale (medico di famiglia) dell'assistito/a, utilizzabile nel caso la C.M.O. abbia negato l'ascrivibilità tabellare a persona affetta da HCV, per meglio approntare la redazione del ricorso.

Gentile dott.sa,

su incarico del/della Suo/a assistito/a signor/ra che si è rivolto/a a questa Associazione per ricevere assistenza in ordine alla corretta applicazione e interpretazione di alcuni aspetti riguardanti la legge n.210 del 1992 (indennizzo per danni correlati a vaccinazioni, trasfusioni di sangue e suoi derivati), mi permetto sottoporre alla Sua cortese attenzione alcune brevi considerazioni che attengono alla ricerca dei danni epatici e delle manifestazioni extraepatiche associate all'infezione virale da HCV patita dal/dalla signor/ra, al fine di farle ottenere un adeguato ristoro economico per i danni comunque subiti.

Come Le è noto la valutazione del danno epatico è compito arduo dal momento che molteplici sono le funzioni svolte dal fegato, alcune delle quali esercitate in collaborazione con altri organi, fatto che rende difficile l'individuazione del grado del danno epatico, soprattutto in assenza di un esame bioptico. Il fegato, inoltre, presenta notevoli riserve funzionali le quali rendono di difficile individuazione l'entità reale di un danno epatico, presumibilmente di grado-lieve medio, come quello, patito dal soggetto in questione, anche se la Commissione Medica Ospedaliera, in sede di esame della domanda ex legge 210/92, basandosi esclusivamente sulla visione del referto delle transaminasi sieriche e su quello della ecografia epatica, pur in presenza di una significativa carica virale, ha giudicato la menomazione non meritevole di essere indennizzata ai sensi della legge in quanto *"l'infezione da HCV non comporta un deficit della funzione epatica"*. Nel caso in specie, a sommosso avviso di questa Associazione, si renderebbe opportuna una attenta valutazione per accertare se oltre al danno epatico potessero essere presenti altre patologie extraepatiche di cui è stato accertato un rapporto di causalità con la replicazione virale dell'HCV, quali danni al sistema endocrino, a quello emopoietico e linfoide, ai reni, ai muscoli, alle articolazioni, alla cute ecc. In tale ottica sarebbe opportuno verificare, oltre alle analisi ematochimiche riguardanti la funzionalità epatica, anche la proteina C reattiva, gli ormoni tiroidei, il reumatest, le crioglobuline, nonché la linfotipizzazione leucocitaria e nuovamente la PCR-RNA, al fine di poter valutare la presenza, o meno, di patologie riconducibili al linfotropismo del virus dell'epatite di tipo C, quindi con suo diretto coinvolgimento eziopatogenetico, ovvero al meccanismo indiretto dovuto alla

² [Riportare eventuali considerazioni sulla fattispecie specifica](#)

stimolazione antigenica del sistema linfoide da parte della replicazione virale. Anche la ricerca della genotipizzazione del virus (ove non fosse già stata effettuata in precedenza) potrebbe fornire utili indicazioni prognostiche.

Ad esempio, nel caso le analisi evidenziassero una crioglobulina associata ad una patologia extraepatica di tipo reumatologico, si può ragionevolmente ipotizzare, come più volte riconosciuto dallo stesso Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute, una infezione da HCV responsabile, della crioglobulinemia e successiva reumopatia. Infatti recenti studi hanno dimostrato che il virus dell'HCV è responsabile nei pazienti con malattie linfoproliferative (es. crioglobulinemia, linfomi, gammopatie linfoclonali ecc) di una alterazione cromosomica che determina una proliferazione illimitata dei cloni (linfociti) interessati.

Tali ricerche si rendono necessarie per poter approntare al meglio la quantificazione dei danni patiti dal Suo/a assistito/a e di conseguenza aiutarlo/a nella decisione di presentare, o meno, tramite questa Associazione, il ricorso amministrativo (o giudiziale) al Ministero della Salute. Comunque, anche nel caso non si addivenga alla presentazione del ricorso, gli accertamenti avanti elencati saranno comunque utili ai fini della presentazione di una eventuale domanda di aggravamento.

Ciò posto, nell'interesse del/della Suo/a assistito/a, sarebbe altresì gradita una Sua breve relazione, che potesse mettere in evidenza la presenza, o meno, di alcune patologie extraepatiche, direttamente o indirettamente associate, in maniera più o meno significativa, all'infezione da HCV, che per comodità elenchiamo di seguito:

- ipertiroidismo, ipotiroidismo, tiroidite di Hashimoto
- diabete mellito
- sindrome sicca, sindrome di Sjogren, ulcere corneali di Mooren
- linfomi, con particolare riferimento al linfoma non Hodgkin a cellule B
- mielofibrosi,
- infopatia sarcomatosa
- gammopatie monoclonali
- glomerulonefriti
- crioglobulinemia mista, crioglobuline circolanti senza crioglobulinemia mista
- artrite reumatoide
- poliartrite non erosiva
- artralgie e fibromialgie
- porfiria cutanea tarda,
- lichen ruber planus
- dermatiti più o meno associate a prurito
- alveolite polmonare fibrosante

Ovviamente abbiamo ritenuto opportuno informare il/la signor/ra che la maggior parte delle patologie avanti elencate sono state riscontrate solo in rari casi.

Ai ringraziamenti per la gradita collaborazione uniamo i nostri migliori saluti.

[città, data e firma]

5 SCHEMI DI RICORSI AMMINISTRATIVI

Nella pratica esistono diverse fattispecie di ricorsi gerarchici, per lo più con numerose sfumature, ed essendo impossibile prenderle tutte in esame, abbiamo ritenuto opportuno riportare quelli che meglio si prestano ad essere, almeno in parte, schematizzati.

PREMESSA	73
▪ RICORSO A FATTISPECIE MULTIPLA – SCHEMA	75
- NEGATIVITÀ DEI DONATORI AI PARAMETRI VIROLOGICI PREVISTI DALLA LEGGE AL MOMENTO DELLE TRASFUSIONI	84
- LUNGO INTERVALLO DI TEMPO INTERCORSO TRA GLI EVENTI TRASFUSIONALI ED IL PRIMO ACCERTAMENTO DI POSITIVITÀ PER ANTI HCV	81
- MANCANZA DI DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA CONTINUITÀ TEMPORALE DELLA PATOLOGIA EPATICA	81
- INTEMPESTIVITA' DELLA DOMNANDA	77
- MANCATA ASCRIVIBILITÀ TABELLARE	89
▪ SOMMINISTRAZIONE IMMUNOGLOBULINE ANTI-TETANO ED ANTI-D	96
▪ CONTAGIO DA SANGUE INFETTO - NESSO CAUSALE - (OPERATORI SANITARI)	104
▪ CONTAGIO DA SANGUE INFETTO (OPERATORI OSPEDALIERI RITENUTI "NON SANITARI)	114
▪ CONTAGIO DA SANGUE INFETTO: ARCHIVIAZIONE PER CARENZA DI DOCUMENTAZIONE (OPERATORI SANITARI)	120
▪ ARCHIVIAZIONE PER CARENZA DI DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE O SUOI DERIVATI	123
▪ NESSO CAUSALE TRA INFEZIONE E DECESSO	127

RICORSO A FATTISPECIE MULTIPLA – PREMESSA

Nelle pagine seguenti, prima degli altri, riportiamo uno schema di ricorso amministrativo redatto da questo Ufficio per un utente al quale la Commissione Medico Ospedaliera non aveva riconosciuto:

1. **Il nesso causale** per:

- a. la negatività dei donatori ai parametri virologici previsti dalla legge al momento delle trasfusioni (1980) ed a quelli degli anni successivi fino al 1991 per un donatore e 1995 per l'altro donatore;
- b. il lungo intervallo di tempo intercorso tra gli eventi trasfusionali ed il primo accertamento di positività per anti HCV (1992, con test di conferma effettuato nel 1999 a mezzo screening RIBA e successivamente, nello stesso anno, con PCR-RNA quantitativo);
- c. la mancanza di documentazione comprovante la continuità temporale della patologia epatica;

2) **l'ascrivibilità** ad alcuna categoria della tabella "A" allegata al DPR n.834/81;

3) **la tempestività** della domanda.

La gran parte delle argomentazioni contenute in questo schema di ricorso valgono **esclusivamente per le infezioni da virus di tipo C.**

Le stesse dovranno essere adattate con molta accortezza al caso specifico, con particolare riferimento alla c.d. conoscenza qualificata della malattia, alle condizioni cliniche sia attuali che pregresse ed ai test di 1^a, 2^a o 3^a generazione utilizzati per la prima ricerca di positività del virus, nonché alla presenza o meno della biopsia epatica ed ai trattamenti eradicativi del virus a mezzo interferone e ribavirina.

Per quanto attiene la valutazione del danno è bene far effettuare degli accertamenti per accertare la presenza di malattie extraepatiche collegate alla replicazione virale, quali danni al sistema endocrino, a quello emopoietico e linfoide, ai reni, ai muscoli, alle articolazioni, alla cute ecc.

Una particolare attenzione dovrà essere altresì posta anche nello sviluppare la fattispecie relativa alla certificata negatività dei donatori. In caso di dubbio è sempre bene chiedere la consulenza di un medico legale, di un clinico, ovvero un medico immuno-trasfusionista. Le associazioni destinatarie del presente vademecum e i cittadini che (purtroppo, per motivi tecnici, solo dal 2008) avranno la possibilità di scaricare questo documento dal sito del Difensore civico (www.consiglio.regione.toscana.it/difensore) potranno sempre richiedere aiuto a

questo Ufficio, (ovviamente a titolo gratuito) che provvederà tramite i propri consulenti giuridici, medico-legali e medico-trasfusionisti a redigere il ricorso amministrativo personalizzato.

Ciò vale soprattutto per altri ricorsi che per la loro peculiarità mal si prestano ad essere ricondotti a schema, quali:

- il mancato riconoscimento del nesso causale tra le vaccinazioni e la patologia contratta;
- il mancato riconoscimento del nesso causale tra le trasfusioni e le infezioni da HBV e HIV;
- le istanze di riesame per riscontrati vizi del procedimento nella fase istruttoria tecnica e/o amministrativa;
- il mancato riconoscimento del nesso causale per contagio da coniuge che ha già ottenuto il beneficio e patologia contratta;
- il mancato riconoscimento del nesso causale per contagio da madre durante la gestazione che ha già ottenuto il beneficio e patologia contratta.

In caso di negato nesso causale tra:

- la somministrazione di immunoglobuline somministrate per via endovena e/o intramuscolo e la patologia contratta;
- il contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale e l'infezione contratta (operatori sanitari);
- il contatto con sangue e suoi derivati provenienti da materiale proveniente da soggetti affetti da HIV o da epatite virale e l'infezione contratta (operatori ospedalieri ritenuti "non sanitari"),
- l'infezione e il decesso,

ovvero:

- contagio da sangue infetto: archiviazione per carenza di documentazione (operatori sanitari),
- archiviazione per carenza di documentazione attestante l'avvenuta somministrazione di sangue o suoi derivati,

si fa rinvio ai rispettivi schemi di ricorso riportati nelle pagine che seguono.

Per chiarimenti ed eventuale assistenza (gratuita) rivolgersi al consulente Francesco Caponi (tel. 055 2387800 - 055 210230

Indirizzo e-mail: cft@consiglio.regione.toscana.it

RICORSO A FATTISPECIE MULTIPLA – SCHEMA

- NON RICONOSCIMENTO DEL NESSO CAUSALE PER:
 - negatività dei donatori ai parametri virologici previsti dalla legge al momento delle trasfusioni
 - lungo intervallo di tempo intercorso tra gli eventi trasfusionali ed il primo accertamento di positività per anti HCV
 - mancanza di documentazione comprovante la continuità temporale della patologia epatica
- MANCATA ASCRIVIBILITÀ TABELLARE
- INTEMPESTIVITÀ DELLA DOMANDA

Il ricorso riportato a pagina seguente **va sempre inviato, a mezzo raccomandata AR, al Ministero della Salute** (Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio VIII - Legge 210/92 - Piazzale dell'Industria 20 - 00144 ROMA) direttamente, come nelle Regioni a Statuto Speciale, oppure, come in altre regioni, tramite la ASL che ha istruito la pratica e notificato il diniego.

Nell'attendersi scrupolosamente alle istruzioni contenute nella notifica si consiglia, comunque, di inviare il ricorso, per conoscenza, anche all'Ente (Regione o ASL) che ha notificato il processo verbale della CMO.

PER UTILIZZARE AL MEGLIO IL PRESENTE SCHEMA DI RICORSO (o parti dello stesso) È OPPORTUNO ATTENERSI ALLE RACCOMANDAZIONI RIPORTATE NELLE PAGINE PRECEDENTI DI QUESTO VADEMECUM ed alle note poste in calce allo stesso, tenendo presente che qualora i riferimenti temporali relativi ai periodi delle trasfusioni, del primo accertamento di positività per anti HCV, del test di conferma e dell'eventuale biopsia epatica, dovessero scostarsi sensibilmente dalla fattispecie proposta deve essere cambiata l'impostazione dello stesso ricorso.

Alcuni necessari riferimenti che attengono alla fattispecie sviluppata sono stati graficamente evidenziati anche perché rappresentano un indispensabile esempio per meglio comprendere le argomentazioni svolte.

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97, il/la sottoscritto/a
.....nata/o a..... (prov) il.....
e residente in(prov....), via.....n.....,

RICORRE AVVERSO

Il parere della Commissione Medica Ospedaliera di.....n.
del.....comunicata al/alla ricorrente dalla.....
con nota n..... del, contenente il seguente giudizio: [«...¹»]

FATTO

Il/la Signor/ra.....in data.....,
presentava domanda per richiedere l'indennizzo previsto dalla legge 210 e sue successive modifiche in quanto permanente danneggiato/a da epatite post-trasfusionale.

La commissione esaminava la documentazione sanitaria allegata agli atti e redigeva il giudizio diagnostico di [«...²»].

La Commissione poi svolgeva le proprie considerazioni medico legali : [«...³»].

Quindi la Commissione concludeva:

- 1) Sul giudizio di ascrivibilità tabellare: *non ascrivibile a categoria della tabella A, allegata al DPR 30/12/1981, n.834;*
- 2) Sul giudizio di tempestività della domanda: *la domanda non è stata presentata nei termini di legge.*

La vicenda sanitaria del/della signor/ra, così come ricostruita dalla CMO non è del tutto esatta in quanto fondata su presupposti e valutazioni incomplete come di seguito meglio specificato.

Si leggono infatti nella parte anamnestica e nel riquadro dell'esame obiettivo del processo verbale i seguenti riferimenti temporali: [«...⁴»]

Di certo vi è che la C.M.O. si è limitata a registrare la sequenza degli accertamenti svolti dal/dalla ricorrente omettendo di supportare il proprio parere con idonee

¹ Riportare il giudizio sintetico contenuto nella lettera di notifica che accompagna il processo verbale della CMO

² Riportare giudizio diagnostico del verbale della CMO.

³ Trascrivere l'intero riquadro delle considerazioni medico legali, generalmente riportate in calce alla seconda pagina del verbale della CMO.

⁴ Elencare tutti gli esami ematochimici e strumentali citati nella parte anamnestica e in quella dell'esame obiettivo del verbale della CMO.

considerazioni medico-legali, per non parlare, poi, degli aspetti giuridico-giurisprudenziali su cui ci soffermeremo in seguito.

Il parere della CMO è da ritenersi illegittimo per i seguenti motivi:

DIRITTO

(SULL'INTEMPESTIVITÀ DELLA DOMANDA)

- I. Violazione dell'art. 3 Legge 07/08/1990, n. 241, violazione dell'art. 1, comma 9 della legge 25/07/1997, n. 238, violazione dell'art. 11 comma 1 dell'applicazione della legge in generale e mancata o falsa applicazione della direttiva tecnica 28/12/1992 del Ministero della Sanità e Ministero della Difesa sulle "procedure connesse all'erogazione dell'indennizzo previsto dalla legge 25/02/1992, n. 210"**

La CMO sul giudizio di tempestività della domanda dichiara: *"La domanda non è stata presentata nei termini di legge"* senza far seguire alcuna motivazione incorrendo così nella violazione dell'art. 3 della legge 07/08/1990, n. 241 il quale stabilisce: *"La motivazione deve indicare i presupposti di fatto e le ragioni giuridiche che hanno determinato la decisione dell'amministrazione in relazione alle risultanze dell'istruttoria"*.

Come già accennato, la CMO si è limitata a registrare le sequenze e gli accertamenti svolti dal/dalla ricorrente, ma non ha tenuto in alcun conto del principio della conoscenza qualificata della malattia correlabile agli eventi trasfusionali in presenza di un processo morboso, all'epoca, (primo accertamento di positività 1992) non conclamato nella sua entità nosologica e non stabilizzato in precisi esiti, anche perché, prima del 1999 non è stato eseguito alcun test di conferma

Si ricorda che nel 1992 esistevano test, cosiddetti di seconda generazione, con scarsa sensibilità/specificità, i cui risultati davano significative percentuali di false negatività/positività. Infatti solo gli esami effettuati nell'ottobre 1999 (HCV-ab) e novembre 1999 (PCR-RNA), unitamente ai colloqui con i sanitari, fecero prendere al/alla ricorrente la piena e qualificata conoscenza del danno epatico irreversibile correlabile alle trasfusioni a suo tempo subite.

Sulla conoscenza del danno la "Direttiva Tecnica 28/12/1992 Ministero della Sanità Ministero della Difesa del Ministro della Difesa, Procedure connesse alla erogazione dell'indennizzo previsto dalla legge 25/02/1992, n. 210, più volte divulgata dal Ministero della Sanità - Dipartimento Professioni Sanitarie Ufficio XV

– (in ultimo con nota n. DPS/XV/L.210/AG3/20637 del 11/3/1998), stabilisce con chiarezza: *"Sulla tempestività della domanda, in relazione ai termini perentori, di cui all'art.3, comma 1 della legge in argomento ed alla circolare del Ministero della Sanità 10 aprile 1992 - n. 500.VII/AG - 3/6264bis, i predetti termini decorrono dal momento in cui l'avente diritto risulti avere avuto conoscenza del danno; ai fini dell'individuazione di tale momento, occorre precisare che non qualsiasi conoscenza è atta a far decorrere il termine, ma solo la conoscenza qualificata dalla consapevolezza degli effetti dannosi, correlabili agli eventi di cui alla legge in argomento, intanto possibile in quanto il processo morboso si sia conclamato nella sua entità nosologica e stabilizzato in precisi esiti"*.

Per quanto sopra esposto si può affermare che nel caso in esame è soddisfatto il criterio della tempestività della domanda in quanto la piena e qualificata conoscenza del danno irreversibile, correlabile al contagio subito, il/la ricorrente l'ha avuta solamente prendendo visione gli esami avanti citati, unitamente ai colloqui con i sanitari, rispettando ampiamente la triennialità prevista dalla legge 210/92 e successive modificazioni e integrazioni apportate con L.238/97, in quanto la domanda risale al dicembre 2001, dopo aver appreso casualmente dell'esistenza di questa normativa.

Occorre, peraltro, sottolineare che la legge 210/92 non ha avuto una corretta ed esaustiva divulgazione tanto che la legge 25/07/1997, n. 238 che l'ha modificata ha esplicitamente riconosciuto la necessità di dare alle disposizioni contenute nella stessa legge *"la massima pubblicità a cura degli Assessorati alla Sanità delle Regioni, le Prefetture, le stesse Unità Sanitarie Locali, le caserme militari, gli uffici sanitari ove si erogano i servizi di vaccinazione, i reparti degli ospedali e delle case di cura, i locali dei servizi trasfusionali e sul Bollettino Ufficiale del Ministero della Sanità"*, ammettendo in via ufficiale la scarsa pubblicizzazione data alla legge 210/92. Inoltre, il testo originario dell'art. 3 comma 1 della legge 210/92 non prevedeva alcuna decadenza della domanda nel caso di epatiti post-trasfusionali. Il termine triennale era previsto, in origine solo per le vaccinazioni (vi era poi il termine decennale per i contagiati da virus HIV). L'introduzione del, già di per sé discutibile, termine triennale in relazione alle epatiti post-trasfusionali si è avuto per mezzo dell'art. 1 della citata legge 238/97.

Tuttavia la Suprema Corte di cassazione Sez. Lavoro, con recente pronuncia del 24/04/2003 n. 6500, in materia di indennizzo ex L.210/92 e successive modifiche,

si è pronunciata sul termine entro il quale è proponibile la domanda di indennizzo per l'ipotesi della contrazione di epatiti post-trasfusionali, ed ha affermato (riprendendo un principio già espresso con la sentenza 6130/2001) che il termine di cui all'art. 3 L.210/1992, inizialmente previsto per le sue patologie derivante da vaccinazioni non si estenda analogicamente anche alle altre ipotesi con la conseguenza che la domanda di indennizzo per quelle epatiti *“verificatesi prima delle modifiche introdotte dalla legge n. 238 del 1997”* risulterà proponibile *“nell'ordinario termine di prescrizione decennale, a decorrere dal momento in cui l'avente diritto ha avuto conoscenza del danno”*.

La corte di Cassazione ha, pertanto, evidenziato:

- 1) Non si può ricorrere all'analogia legis, cioè il termine di cui all'art. 3 L.210/92 previsto per le patologie da vaccinazione non si applica alle altre ipotesi. Infatti le norme di decadenza (così come quelle sulle prescrizioni brevi) hanno carattere eccezionale, con il conseguente divieto di applicazione oltre i casi espressamente previsti ai sensi dell'art.14 delle preleggi;
- 2) la legge, ai sensi dell'art.11 delle preleggi, non ha effetto retroattivo, cioè la legge 238/97 non si può applicare, per questa particolare fattispecie, ai casi verificatisi prima se non per effetto di espressa previsione legislativa.

[«.....⁵»

⁵ Anche se la Corte Costituzionale, con sentenza n. 342 del 23 ottobre 2006, riportata nella parte allegati della ricerca, ha dichiarato *“non fondata la questione di legittimità dell'art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n 238 sollevata in riferimento agli artt. 3 e 32 della Costituzione, dal Tribunale di Modica”*, riteniamo che le considerazioni giuridiche, di seguito riportate possono, all'occorrenza, ancora essere utilizzate, tenuto anche conto della *“debole”* motivazione della stessa, che può aprire interessanti spazi a nuovi e più puntuali aspetti di incostituzionalità della norma e ci auguriamo ad un nuovo giudizio della stessa Corte. Per approfondimenti si fa rinvio al capito 13.

L'analisi della questione afferente la, presunta, tardività nella presentazione della domanda amministrativa non può prescindere da alcune considerazioni di tipo strettamente giuridico nonché giurisprudenziale,tenendo conto di due profili imprescindibili e, per certi versi, complementari. Da un lato, la normativa di riferimento dovrà essere interpretata nel quadro sistematico dell'ordinamento giuridico di cui la stessa costituisce parte. Dall'altro non si potrà prescindere da quelli che risultano essere i pareri espressi in proposito sia dalla giurisprudenza di merito che dalla Cassazione.

Ciò premesso si svolgono le seguenti considerazioni.

Come è noto la legge 210 del 1992 ha introdotto nell'ordinamento regole proprie di un sistema di sicurezza sociale.Tali regole sono andate, per così dire, a integrare e/o correggere i principi già esistenti in ordine alla responsabilità civile. Ratio della legge de quo è quella di riconoscere un equo indennizzo al soggetto che, per stato di necessità, si sia dovuto sottoporre a prestazioni emotrasfusionali e che, in esito al relativo contagio, abbia subito un danno irreversibile alla salute.

Ciò premesso, il limite che si vorrebbe fosse perentoriamente imposto dall'art. 3. comma 1, della L.210/92, col prevedere un termine decadenziale di tre anni per la presentazione della domanda diretta ad ottenere l'indennizzo di che trattasi non può non destare forti perplessità. Infatti, come già rilevato, occorre procedere ad una analisi sistematica dei

Per le ragioni sopra esposte si deve ritenere tempestiva la domanda presentata dal signor/ra tenuto anche conto, che, negli uffici pubblici ricompresi nel territorio dell'Azienda Sanitaria di,

principi cardine del nostro sistema legislativo con i seguenti esiti. Nel sistema della responsabilità civile vige un termine prescrizione ordinario che è di anni dieci (art.2946 c.c.). Sono previsti, altresì, termini più brevi; ed è così che si prescrive in cinque anni il diritto al risarcimento del danno da atto illecito (art. 2047 c.c.). Termine, quest'ultimo, che viene fatto decorrere dal giorno in cui il fatto si è verificato, (intendendosi il momento in cui il danno si è manifestato e non quello diverso in cui il fatto illecito si è verificato, in tal senso Cass. 24.02.83, n. 5412). Ed ancora, la Corte di Cassazione con sentenza 21 febbraio 2003 n. 2645 sez. 3^a, in merito al risarcimento del danno ex L.210/92 si è pronunciata nel senso che *"il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno del soggetto che assuma di aver contratto per contagio un malattia per fatto doloso o colposo di un terzo inizia a decorrere, a norma dell'art. 2947, primo comma c.c., non da momento in cui il terzo determina la modificazione che produce danno all'altrui diritto o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, ma da quello in cui essa viene percepita – o può essere percepita - quale danno ingiusto conseguente al comportamento doloso o colposo di un terzo, usando l'ordinaria diligenza, tenuto conto, altresì, della diffusione delle conoscenze scientifiche"*.

Il citato termine di anni cinque, peraltro, per giurisprudenza consolidata (così, ad es, Cass.27/11/1972, n. 3462) si applica anche nel caso contemplato dall'art. 2045 c.c., laddove un soggetto compia un fatto dannoso a ciò costretto per salvare sé od altri da un pericolo attuale di un danno grave alla persona il cui il pericolo non è stato da lui volontariamente causato né era altrimenti evitabile. In detti casi al danneggiato è dovuta una indennità la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice. Alla luce dei surriferiti principi non può che risultare illogico, illegittimo, nonché ingiusto (dovendosi attribuire a detto ultimo termine il senso che gli veniva già conferito in ordinamenti ben precedenti) il termine prescrizione stabilito dalla legge 210/92.

Una interpretazione meramente letterale della normativa de quo contrasta palesemente con i principi cardine fissati dalla stessa Carta Costituzionale. Si pensi solo alla tutela del diritto alla salute, valore di indubbia rilevanza Costituzionale (art. 32), che trova proprio nelle norme civilistiche sulla responsabilità per danni adeguata ed imprescindibile fonte di tutela (artt. 2043 e ss. c.c. operanti anche nei rapporti tra il cittadino e Pubblica Amministrazione). Orbene, è impensabile che un soggetto che sia stato danneggiato irreversibilmente in esito alla somministrazione di sangue e/o emoderivati abbia a disposizione termini "per far valere le proprie ragioni" immotivatamente più restrittivi di quelli sopra descritti. Senza contare poi che il/la ricorrente è stato/a sottoposto/a a terapia trasfusionale per oggettive e comprovate condizioni di urgenza (c.d. stato di necessità).

La paradossale contraddizione e disparità appena sopra evidenziata appare ancor più evidente qualora si tenga conto che il riconoscimento di una forma equitativa di tutela del danno correlato a vaccinazioni, trasfusioni o somministrazione di emoderivati ha trovato un riconoscimento normativo specifico solo nel 1992. Ciò relativamente anche a quei casi, come quello oggetto del presente ricorso, in cui il danno si è verificato in tempi pregressi. Deve ulteriormente aggiungersi la considerazione per cui l'art. 3 della legge 210/92 contiene, di per sé, una evidente disparità di trattamento tra le diverse categorie di soggetti tutelati (termine triennale per le epatiti post-trasfusionali e termine decennale per il virus HIV). Infatti, il lungo intervallo di tempo che, spesso, intercorre tra l'evento trasfusionale e il manifestarsi delle alterazioni bioumorali di entrambe le sopradette patologie è compatibile e sovrapponibile sia con quello della incubazione da HIV che con quello da HCV, anche in considerazione delle caratteristiche delle malattie indotte da due diversi agenti virali, i cui decorsi sul piano clinico possono non essere accompagnanti da sintomi specifici tali da indurre il soggetto affetto a sottoporsi ad esami approfonditi, oltre a quelli di routine, mirati, appunto alla dimostrazione della causa. La legge 210/92 prevede ulteriormente un termine di prescrizione decennale per le domande di richiesta di una c.d. una tantum, nella misura del 30% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art. 2, comma 1.

a tutt'oggi, non è stata data la benché minima pubblicizzazione alla speciale disposizione (avanti riportata) contenuta nella legge n. 238/97, rilevando con ciò gravi inadempienze sia da parte della USL di che della Regione.....

DIRITTO

(SUL MANCATO RICOSCIMENTO DEL NESSO CAUSALE, SULLA NEGATIVITÀ DEI DONATORI E SULLA MANCATA ASCRIVIBILITÀ TABELLARE)

II. Eccesso di potere, errata rappresentazione della realtà, travisamento ed erronea valutazione dei fatti, difetto di istruttoria, vizio del procedimento

Per quanto attiene il mancato riconoscimento del nesso causale per il lungo intervallo di tempo intercorso tra le trasfusioni (1980) e l'accertamento di prima positività del virus (1992) e per l'assenza di documentazione comprovante la continuità temporale della malattia, nonché per la dichiarata negatività dei donatori coinvolti negli eventi trasfusionali, unitamente alla mancata ascrivibilità tabellare, la CMO è incorsa in una falsa rappresentazione della realtà con conseguente erronea valutazione dei fatti.

In proposito giova evidenziare che l'epatite da HCV può essere del tutto silente dal punto di vista clinico ed è documentata in letteratura la elevata prevalenza di epatopatie croniche in soggetti asintomatici o paucisintomatici, con valori normali, o lievemente alterati come nei pregressi riscontri del caso in questione, delle transaminasi sieriche, risultati poi, molti anni dopo, positivi per anti HCV.

Come riferito in occasione della visita effettuata presso la CMO, anche in questa sede, il/la ricorrente tiene a ricordare che già dai primi anni '80 ha dovuto radicalmente modificare le proprie abitudini di vita astenendosi dall'esecuzione di lavori pesanti e osservando uno stretto regime alimentare, situazioni queste che in definitiva hanno fortemente compromesso la vita di relazione. Tutto ciò comunque non ha evitato una persistente e marcata astenia, digestione lenta e laboriosa, senso di peso epigastrico e sonnolenza post prandiale, disturbi già riferiti in detta sede e tuttora presenti.

Anche le indagini ematochimiche, a suo tempo, prescritte dal medico di famiglia, ebbero a registrare alterazioni (in maniera fluttuante) dei valori delle funzionalità epatiche, con particolare riferimento alle transaminasi sieriche, condizioni cliniche che ciclicamente si sono ripresentate nel tempo, che il/la ricorrente riconferma in

questa sede e che, purtroppo, non può dimostrare perché non è in grado di produrre la relativa documentazione. D'altra parte si trattava di documentazione clinica che, all'epoca, superato il momento diagnostico, per lo più mirato al controllo di altre patologie connesse con quella epatica, quali disturbi della sfera gastrica ed ai conseguenti trattamenti terapeutici (per quanto attiene la sofferenza epatica, suggerimenti forniti dal medico curante in ordine al regime alimentare da osservare), perdeva ogni interesse ad essere conservata. L'intervallo di tempo intercorso tra l'evento trasfusionale e il manifestarsi delle alterazioni bioumorali è pienamente compatibile con quello della incubazione dell'infezione da HCV, per cui si può ragionevolmente ritenere che le trasfusioni praticate durante il ricovero del 1980 siano responsabili del contagio stesso, tenuto oltretutto conto che la ricerca delle informazioni sui donatori coinvolti nelle donazioni hanno fornito dati non certamente esaustivi.

Ciò posto, per quanto attiene ancora il nesso causale è possibile ammettere, che il/la ricorrente abbia contratto il virus C con le suddette trasfusioni subite, in quanto tale situazione era compatibile con un altissimo rischio di contrarre virus epatici per questa via, considerata la situazione epidemiologica di quel momento e tenuto conto che all'epoca non erano disponibili test per l'epatite C, ancora non inquadrata nosograficamente. L'assenza di documentazione clinica, inoltre, tesa a suffragare la continuità della malattia contratta non rappresenta, a parere della prevalente dottrina medico legale, criterio utile per escludere il rapporto sussistente tra la patologia invalidante ed ingravescente contratta e l'evento trasfusionale che ha determinato la stessa. Ciò anche in considerazione delle caratteristiche della malattia indotta dall'agente virale, il cui decorso sul piano clinico può non essere accompagnato da sintomi specifici tali da indurre il soggetto affetto a sottoporsi ad esami approfonditi (oltre quelli routinari) mirati alla dimostrazione della causa, il cui riscontro obiettivo peraltro non poteva essere conseguito prima degli anni '90.

E' certo, pertanto, che nel caso in questione viene rispettato il nesso cronologico in quanto alcuni studi hanno dimostrato che in non pochi casi l'infezione primaria decorre in maniera asintomatica (o con lievi oscillazioni dei valori delle transaminasi e degli altri parametri correlati alla funzione epatica) per i primi due decenni per poi, talvolta, manifestarsi in tutta la sua ingravescente evoluzione.

Concetti, questi, riportati in studi validati anche dall'Istituto Superiore di Sanità e da quanto risulta allo/a ricorrente, giustamente, condivisi dall'Ufficio Medico Legale di

Codesto Ministero. La specifica letteratura dimostra ancora che dei soggetti contagiati dal virus "C" il 20/30% va incontro a guarigione, mentre nel 70-80% il virus permane "ospite" nell'organismo e solo nel 5% di questi si manifesta una epatite acuta. Inoltre in circa i 4/5 dei casi di infezioni croniche compaiono manifestazioni funzionali epatiche (epatite cronica attiva, epatite cronica permanente, cirrosi epatica) e nei restanti casi si realizza lo stato di portatore cronico asintomatico (o con leggere alterazioni dei valori bioumorali, di per sé non significative di una infezione virale in atto) che nel decorso della vita può addirittura non presentare mai alterazioni epatiche con significativi interessamenti clinici e di laboratorio ricollegabili all'attività replicativa del virus. In questi casi gli unici sintomi che si possono accusare, come peraltro accaduto nel caso in questione, sono generalmente rappresentati da stanchezza, disturbi digestivi, dolori addominali, calo dell'appetito e prurito.

L'elevata tendenza dell'infezione ad evolvere verso la cronicità, ci dice ancora la letteratura, è dovuta alla variabilità genetica del virus che gli permette di sfuggire al controllo del sistema immunitario, il quale non è quindi in grado di eliminarlo.

Infatti il virus HCV è un virus ad RNA (un tipo di acido nucleico portatore dell'informazione genetica virale) e soggetto con alta frequenza a mutazioni, per cui esiste una variabilità continua del virus nello stesso individuo, che può essere sottoposto anche a più infezioni virali da virus C. Esiste un equilibrio in continuo mutamento tra virus e ospite e questo continuo cambiamento del virus è considerata la causa principale per cui è difficile produrre un vaccino specifico per tale virus. Oltretutto è doveroso ricordare, come avanti accennato, che la scoperta del virus dell'epatite "C", come è noto, avvenne nel 1988, il cui test per la ricerca nel sangue dello specifico anticorpo, peraltro, si rese disponibile in Italia solamente l'anno successivo. Inoltre, diversamente da quanto avviene nell'epatite da virus B, nell'epatite di tipo C vi è spesso una discrepanza tra l'esiguità dei segni clinici e bioumorali e l'entità del danno istologico. L'infezione spesso, è identificata solo quando, come nel caso in questione, si sono instaurate a carico del fegato lesioni anatomopatologiche irreversibili.

Le considerazioni sopra esposte, riprese dalla consolidata letteratura in materia, ben si correlano alla storia clinica del/della ricorrente, che in occasione della visita presso la C.M.O. faceva cenno alla persistenza di sintomatologia astenica da molto tempo sofferta ed agli sbalzi periodici dei valori delle transaminasi di poco

superiori a quelli di riferimento, registratisi in quegli anni, come già precedentemente asserito. In sostanza, secondo il parere espresso dalla CMO di il/la ricorrente sarebbe stato/a “colpevole” di non aver conservato tutta la documentazione sanitaria comprovante la continuità temporale della malattia epatica e, forse per questo “punibile” con il mancato riconoscimento del nesso di causalità tra l’evento lesivo (due unità di sangue) effettivamente subito.

Oltretutto lo/la ricorrente non poteva certamente prevedere di dover conservare per molti anni una documentazione clinica in vista della scoperta (1988) di un virus che non sapeva di avere contratto e non poteva lontanamente immaginare che questi esami sarebbero stati un giorno indispensabili per “dimostrare” di aver diritto ad un indennizzo in base ad una legge emanata dopo tanti anni (1992).

Il/la ricorrente tiene a ricordare che in ambito assai diverso da quello oggetto del presente ricorso e precisamente in quello civilistico, le più recenti sentenze della Cassazione, nel qualificare la responsabilità professionale del sanitario e della struttura sanitaria come “contrattuale”, hanno voluto favorire la parte più debole del procedimento non solo sotto il profilo di un più ampio termine prescrizione, ma soprattutto per l’inversione dell’onere della prova che governa la responsabilità da inadempimento. In tale contesto giurisprudenziale e dottrinale appare di dubbia legittimità, sotto il profilo della correttezza amministrativa, l’utilizzo del principio dell’onere della prova in un procedimento amministrativo. Infatti, pretendere quanto ritenuto dalla CMO, è richiedere una cosiddetta “*probatio diabolica*”, che non può essere richiesta in medicina legale”

Circa l’asserita “negatività ai controlli virologici di legge dei donatori coinvolti negli eventi trasfusionali” rilevata dalla Commissione Medico Ospedaliera il/la ricorrente precisa quanto segue.

Detto parere è stato formulato sulla base della certificazione redatta dal responsabile del Servizio Trasfusionale dell’Ospedale.⁵

Il/la ricorrente ritiene opportuno che Codesto Ministero, in ottemperanza alle disposizioni contemplate dalla circolare ministeriale n.900.U.S./L210/AG3/6072 del 14/11/1996, richieda i seguenti elementi integrativi:

- 1) con quali test sierologici venne accertata la negatività virologica delle unità trasfuse nel 1980, soprattutto di quelle donate dopo il 1990 fino alla

⁵ Da riportare qualora trascritto o citato nel processo verbale.

cessazione delle donazioni (1991 per un donatore e 1995 per l'altro donatore);

- 2) l'esito di tutti controlli ematochimici eseguiti su detti donatori dal 1980 fino all'ultima donazione, ivi comprese espressamente le notizie anamnestiche contenute nella relativa cartella trasfusionale, tenuto conto che, come è noto, l'infezione da virus C presenta caratteristiche evolutive proprie, non uniformi e costanti nel tempo;
- 3) poiché come risulta dalla suddetta certificazione i donatori erano associati periodici che in seguito hanno effettuato altre donazioni occorre conoscere le ragioni delle improvvise cessazioni avvenute, rispettivamente, nel 1991 e nel 1995;
- 4) accertare, di conseguenza, se vi è stata l'esclusione dall'albo donatori e, in caso di esito positivo, verificare la data e, ciò che più conta, le motivazioni;
- 5) verificare se, con il consenso degli interessati, è stata effettuata una **indagine sull'attuale stato di salute** dei donatori de quo ed eventualmente ricontrollati con test di III/a generazione, ivi compreso la PCR-RNA.

Dette informazioni si rendono indispensabili per poter escludere o confermare, al di là di ogni ragionevole dubbio, il coinvolgimento dei donatori medesimi nel contagio dell'epatite di tipo "C" in danno del/della ricorrente. Sul piano scientifico, si rileva, come la presunta non sieroconversione (tutt'altro che dimostrata con la certificazione sopra citata) dei donatori ai controlli successivi al 1990, ci consenta di svolgere le seguenti repliche.

E' doveroso ricordare che la scoperta del virus dell'epatite C, come è noto, avvenne nel 1988, il cui test per la ricerca nel sangue dello specifico anticorpo si rese disponibile in Italia solamente l'anno successivo. In proposito si può osservare che la negatività del controllo immunoenzimatico per gli anticorpi specifici anti HCV (al quale i donatori di che trattasi dovrebbero, per legge, essere stati sottoposti dal 1990 al 1991 (per uno di questi) e 1995 (per l'altro) potrebbe, anche, trovare adeguata spiegazione o nella reale assenza di anticorpi in quanto comparsi in seguito, oppure dal fatto che, all'epoca, la metodica usata da tutti i laboratori consisteva in un test c.d. di prima generazione, il quale aveva una sensibilità/specificità definita del 60/80%; ammetteva cioè circa il 20/40% di risultati falsamente negativi/positivi.

La ridotta sensibilità, ci dice la letteratura specifica, era causata principalmente dalla presenza nel test del solo antigene virale c100-3, che rappresenta soltanto il 12% dell'intero genoma. Un test più sensibile (circa 93%), con maggiore rappresentatività degli antigeni del virus HCV, fu messo a disposizione dei laboratori italiani dall'aprile 1991, ma non sappiamo se lo fosse effettivamente nei laboratori dell'Ospedale che ha ricevuto la donazione. E' noto che il virus di tipo C ha una scarsa viremia per cui può, in alcuni casi, come di seguito meglio specificato, stimolare una inadeguata produzione di anticorpi specifici non titolabili neppure con i test di screening di terza generazione.

In letteratura è ormai consolidato che "solo con test complementari di conferma e soprattutto con la ricerca dell'HCV-RNA virale si può definitivamente escludere o confermare la presenza del virus dell'epatite C in quei soggetti che si presentano nel tempo anti HCV negativi". "Tali test sono indispensabili; infatti l'assenza di Anti HCV nel siero dei donatori con epatite di tipo C non esclude l'infezione da tale virus, ma anzi alcuni pazienti con HCV-RNA epatico sono sempre risultati negativi alla ricerca sierologica per anti HCV." (Centro Nazionale Trasfusione CRI – dr. Gallo, Mannella, Di Lorenzo. Dr. A. Flores Centro Trasfusionale Ospedale Bassini, Cisinello Balsamo (MI). Da uno studio pubblicato dall'Istituto Superiore della Sanità dei professori Villa, Grotto, Buttafuoco, Cameli e Zoboli della cattedra di Gastroenterologia dell'università di Modena, "risulta essere stati individuati donatori responsabili di epatite di tipo C post trasfusionale con anti-HCV negativo, ma con PCR-RNA positiva che solo dopo lunghissimi follow-up, anche di tre anni, hanno sviluppato gli anticorpi HCV in maniera sufficiente da essere titolati e rilevati con test comuni. Lo studio riporta che su venti donatori Anti HCV negativi, ben quattro sono risultati in seguito PCR-RNA positivi pur mantenendo la loro negatività al test Anti HCV."

Il prof. De Stasio (Infezione da HCV - implicazione nella pratica trasfusionale - Istituto Superiore di Sanità 1995) afferma, che "l'epatite post trasfusionale di tipo C può manifestarsi anche con trasfusioni di sangue Anti HCV negativo, il che testimonia che i test diagnostici attualmente in uso non hanno ancora (nel 1995 erano già in commercio test di 3^a generazione) una sensibilità sufficiente per lo screening dei donatori". Lo stesso autore continua "circa il 10% dei pazienti infettati con HCV e con normale stato immunologico si mostra persistentemente negativo all'anti HCV anche dopo follow-up prolungati. Inoltre soggetti con disordini da

immunodeficit possono non sieroconvertire affatto". Su tale argomento giunge conferma anche dal prof. F. Piccinino (epatite virale- diagnosi sierologica).

Il prof. Giachino (Centro Trasfusionale AVIS Torino – Istituto Superiore di Sanità - Il convegno su HCV) avverte come "la Window-Phase in pazienti immunodepressi possa prolungarsi fino a 38 mesi, asserisce che non è assolutamente dimostrabile se tale fenomeno possa verificarsi anche in soggetti sani nonché donatori che potrebbero così sfuggire ai sistemi di controllo".

Il prof. De Stasio ritiene che "il rischio di infezione di epatite di tipo C post trasfusionale con anti HCV negativo dei donatori possa attribuirsi a casi con bassa replica virale e quindi con una risposta anticorpale piuttosto scarsa da non poter essere rilevabile con i test diagnostici, oppure potrebbe trattarsi di "mutandi del virus", "escape mutans", che permette al virus stesso di sfuggire alla ricerca sierologica".

Altri lavori accreditano questo argomento, affermando che "vari fattori influenzano la sensibilità dei saggi di screening e recenti studi sulla variabilità genetica dell'HCV hanno evidenziato la sua implicazione non solo dal punto di vista biologico e patogenico ma anche e soprattutto nel campo stesso della diagnosi sierologica" (dr. A.R. Ciccoglione, M. Rapicetta del Laboratorio di virologia dell'Istituto Superiore della Sanità).

La rivista scientifica "La trasfusione del sangue Società Italiana di Medicina Trasfusionale ed Immuno-Ematologia" dagli studi trattati nel XXXII Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasfusionale - 25/29 maggio 1996 - riporta che "il rischio residuo reale di trasmissione del virus C per via trasfusionale è attribuibile ad assenza di risposta precoce di infezione o ad una sensibilità non assoluta dei dosaggi Anti HCV soprattutto per quei soggetti a basso titolo anticorpale".

Da studi sull'epatite C del Prof. M. Rizzetto si rileva come "una epatite C autolimitante possa non sieroconvertire mai e quindi sfuggire totalmente ad ogni controllo routinario di screening". Lo stesso autore afferma che "circa il 90% dei casi di epatite C cronica post trasfusionale rimangono negativi", ribadendo che questo tipo di epatite può essere confermata solo (e non sempre) dalla ricerca nel siero di HCV-RNA.

Da tutti questi studi si evince come la mancanza di una routine, nei Centri Trasfusionali, che associ ai comuni test di screening anche la ricerca di HCV-RNA sia causa di epatiti C post trasfusionali derivanti da quei soggetti donatori anti HCV

negativi ma in realtà viremici e perciò infettanti. Su questo complesso e dibattuto argomento, aggiungendo ulteriore incertezza, è intervenuto anche l'Istituto Superiore di Sanità che nel parere n.022110/BLC 12 VIR.IMM del 5/10/95, tra l'altro, così si esprime: "La presenza di HCV-RNA nel siero è significativamente più frequente nei pazienti con danno epatico, tuttavia la viremia può essere riscontrata anche in individui con reperto istologico normale. Inoltre i livelli di viremia possono fluttuare ampiamente fino a non essere rilevabili nei pazienti cronici. Pertanto i dati attualmente a disposizione non permettono di attribuire un valore prognostico al rilevamento dell'HCV-RNA mediante metodo di amplificazione genica (PCR)".

Non conoscendo, pertanto, con quali specifici esami sono stati ricontrollati i donatori coinvolti nelle trasfusioni, con particolare riferimento alla sacca contrassegnata dal n.....proveniente dal donatore che ha cessato l'attività nel 1991, permangono nello/a ricorrente ragionevoli dubbi sugli accertamenti effettuati dal sopra citato Servizio Trasfusionale.

Si ricorda ancora che studi consolidati relativi al carattere evolutivo di questa infezione hanno dimostrato che soltanto in una piccola percentuale al contagio segue una epatite acuta, mentre nella maggioranza dei casi l'infezione primaria decorre in maniera asintomatica anche per oltre due decenni, sfuggendo così a qualsiasi controllo anamnestico-strumentale-laboratoristico, ivi compreso quelli a cui saranno stati certamente sottoposti i donatori coinvolti nell'evento trasfusionale, con particolare riferimento a quello che ha cessato di donare nel 1991.

Dei soggetti contagiati dal virus di tipo C (siano essi donatori o da questi infettati) ci dice ancora la consolidata letteratura in materia che il 20-30% va incontro a guarigione, mentre nel 70-80% il virus permane ospite nell'organismo.

Delle infezioni croniche in circa i 4/5 dei casi compaiono manifestazioni funzionali epatiche e nei restanti casi si realizza lo stato di portatore cronico asintomatico che non presenta mai nel corso della vita alterazioni epatiche cliniche e di laboratorio ricollegabili all'attività replicativa del virus e che vengono spesso scoperti casualmente solo sottoponendosi allo specifico test, soprattutto con screening di ultima generazione.

Situazione, quella in esame, certamente compatibile con un altissimo rischio di contrarre il virus per questa via, tenuto conto che all'epoca i donatori non venivano screenati per l'HCV, non essendo ancora disponibile il test per l'epatite di tipo C e considerata in ultimo la situazione epidemiologica del tempo.

Pertanto, nel caso in esame, al criterio della certezza può ben sostituirsi quello della probabilità, che, nel dubbio, dovrà essere valutato come evenienza più favorevole nei riguardi del soggetto avente diritto; né, al contempo, potrà essere esclusa la possibilità che il/la ricorrente abbia contratto l'infezione de quo con le trasfusioni a suo tempo subite.

Le osservazioni di cui sopra, improntate sulla ammissibile valutazione di ragionevole probabilità scientifica (cfr. Cass.4326/81; Cass. N. 2958/94; Cass. N. 6334/94), in difetto, come avanti dimostrato, di elementi contrari, possono ben essere poste a base di una decisione positiva.

Per quanto attiene la mancata ascrivibilità tabellare il/la ricorrente ritiene che al momento della visita, effettuata dalla Commissione Medica Ospedaliera non sia stata adeguatamente valutata la situazione clinico-strumentale-laboratoristica-anamnestica relativa ai danni epatici, ivi comprese le manifestazioni extraepatiche correlate/associate alla replicazione virale.

In proposito merita ricordare, come avanti accennato, che l'epatite da HCV può essere del tutto silente dal punto di vista clinico ed è documentata in letteratura la elevata prevalenza di epatopatie croniche in soggetti asintomatici, con valori normali o lievemente alterati, ed in maniera fluttuante, delle transaminasi sieriche, risultati positivi per anti HCV. Questa subdola manifestazione è riconosciuta essere causata da una mancata induzione di immunità protettiva. Infatti il virus HCV è un virus ad RNA (un tipo di acido nucleico portatore dell'informazione genetica virale) e soggetto con alta frequenza a mutazioni, per cui esiste una variabilità continua del virus anche nello stesso individuo, che può essere sottoposto anche a più infezioni virali da virus C. Esiste un equilibrio in continuo mutamento tra il virus e l'ospite e questo cambiamento, come è noto, è considerata la causa principale che rende difficile la produzione di un vaccino specifico per tale virus

Ciò premesso, comunque, è utile ricordare che dal punto di vista laboratoristico si evidenziano ben poche correlazioni tra le più comuni spie umorali epatiche (AST, ALT, ecografia) con l'andamento clinico della malattia.

Gli esami di laboratorio, in effetti, possono consentire, almeno in parte, di valutare l'entità del danno apportato al fegato ed eventualmente in quale misura sono state compromesse le sue funzioni, purché non ci si limiti ad esaminare unicamente i valori delle transaminasi così come refertati in data, peraltro superiori a quelli di riferimento ed il referto ecografico addome superiore del.....

anch'esso indicativo di una, se pur, lieve, epatopatia. Le transaminasi si ricorda sono abitualmente considerate indici di citolisi per cui un loro aumento viene posto in correlazione con il danno anatomico. Tuttavia, secondo diversi Autori i livelli sierici di ALT non sono linearmente correlati all'attività intralobulare del virus HCV ed è stato evidenziato che quadri di epatite moderati e severi sono stati trovati più frequentemente in soggetti con ALT normali piuttosto che in quelli con ALT elevati. Gli indici comunque, da soli, come si è visto, non sono sufficienti per una valutazione sulle funzionalità dell'organo epatico in quanto, per la grande capacità di riserva funzionale, l'alterazione dei parametri ematochimici compare solo quando la lesione ha interessato gran parte del parenchima. Alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, appare quindi inesatto affidare un ruolo rilevante agli indici bioumorali, quali indicatori della sofferenza epatica, i cui livelli, come ampiamente noto, possono alternare aumento o riduzioni o valori normali a seconda della fase della malattia.

Occorrerà, pertanto, porre in essere altri approfondimenti con esami ematochimici cosiddetti di primo livello. Questi test di funzionalità epatica, come è noto, comprendono: Esplorazione delle funzioni di citolisi (transaminasi e Gamma GT), colestasi (fosfatasi alcalina, gammaGT, sali biliari), funzione di sintesi (albuminemia e tempo di Quick), funzione di coniugazione e detossificazione (frazione indiretta della bilirubinemia), funzione di secrezione (frazione diretta della bilirubinemia) e funzione immunologica (gammaglobuline e dosaggio immunoglobuline). Tali esami, unitamente all'ecografia epatica, ed al test di conferma della PCR-RNA quantitativo e dell'HCV-RNA genotipo, rappresentano un indispensabile approccio per porre una corretta valutazione del danno epatico nelle epatiti da HCV, e consentono, per quanto possibile, di individuare le condizioni patologiche capaci di modificare il corso e la durata della vita, l'integrità psico-fisica, nonché la capacità/idoneità lavorativa e di relazione dell'individuo.

Per quanto attiene quest'ultimo aspetto è utile ricordare che la genotipizzazione dell'HCV può dare indicazioni sulla eventuale tendenza della patologia epatica ad evolvere verso forme cirrotiche e/o cancerogene; è stato infatti osservato che tale evoluzione è più evidente per i soggetti affetti da epatite C con genotipo 1b, che tra l'altro è associato ad una minore sensibilità ai trattamenti terapeutici eradicativi.

La valutazione del danno epatico, si conviene, è compito arduo, dal momento che molteplici sono le funzioni svolte dal fegato, alcune delle quali svolte in

collaborazione con altri organi, fatto che rende difficile l'individuazione del grado del danno epatico. Il fegato, inoltre, presenta notevoli riserve funzionali le quali rendono di difficile individuazione l'entità reale di un danno epatico di grado medio, come quello patito dallo/dalla scrivente.

Sarebbe stato anche opportuno che la C.M.O. avesse valutato se oltre al danno epatico potessero essere presenti delle patologie cd extraepatiche collegate alla replicazione virale, quali danni al sistema endocrino, a quello emopoietico e linfoide, ai reni, ai muscoli, alle articolazioni, alla cute ecc.

In tale ottica la C.M.O. avrebbe dovuto richiedere oltre agli esami avanti elencati e a quelli svolti dal/dalla ricorrente, la proteina C reattiva, l'elettroforesi delle proteine, il reumatest, le crioglobuline, gli ormoni tiroidei, nonché la linfotipizzazione leucocitaria, al fine di poter valutare la presenza, o meno, di patologie riconducibili al linfotropismo del virus dell'epatite di tipo C, quindi con suo diretto coinvolgimento eziopatogenetico, ovvero al meccanismo indiretto dovuto alla stimolazione antigenica del sistema linfoide da parte della replicazione virale.⁶

Per quanto attiene specificatamente il profilo del non facile inquadramento tabellare, merita ricordare che la valutazione del danno è stata condotta sulla discutibile base di quanto prevede l'art 4 della legge 210 che fa riferimento all'anacronistica tabella "A" allegata al T.U. approvato con DPR 23/12/1978 n. 915 e successive modificazioni apportate con DPR n.834 del 30/12/1981, ovviamente, con i necessari riferimenti analogici alla tabella valutativa per le minorazioni e malattie invalidanti (DM 5/12/1992), parametri valutativi ancorati, prevalentemente, al vecchio e ormai superato concetto della incapacità lavorativa generica.

L'applicazione di queste tabelle si traduce in una indubbia forzatura medico-legale. L'art. 2 del DPR 23/12/1978, n. 915, prevede, infatti, il conferimento, a titolo di atto risarcitorio, di pensioni, assegni ed indennità di guerra, a coloro che abbiano in

⁶ Recenti studi hanno dimostrato che il virus dell'HCV è responsabile nei pazienti con malattie linfoproliferative (es.crioglobulinemia, linfomi, gammopatie linfoclonali ecc) di una alterazione cromosomica con traslocazione di un gene dal cromosoma 14 a quello 18, alterazione che determina una proliferazione illimitata dei cloni (linfociti) interessati. Per opportuna conoscenza si elencano di seguito alcune manifestazioni extraepatiche, direttamente o indirettamente, correlate/associate alla replicazione virale del virus di tipo C: Ipertiroidismo ed ipotiroidismo, diabete mellito, Malattia di Hashimoto, sindrome secca e sindrome di Sjogren, linfomi, con particolare riferimento al linfoma B non Hodgkin, mielofibrosi linfopatia sarcomatosa, leucopenia, piastrinopenia, gammopatie linfoclonali, glomerulonefriti, crioglobulinemia, artrosi ed artralgie, dermatiti e pruriti.

guerra riportato ferite o lesioni o contratto una infermità da cui è derivata perdita o menomazione della capacità lavorativa generica.

Questi strumenti tabellari a disposizione portano, in ipotesi analoghe a quella che ci si occupa, a valutazioni “distorte”. Si pensi ad esempio alla indaginosa ascrivibilità a categorie di forme epatiche post-trasfusionali, come per il caso in questione, dove i parametri di funzionalità epatica e gli accertamenti strumentali non presentano, al momento, importanti alterazioni patologiche.

In concreto, venendo ad esaminare la tabella di riferimento, che prende in esame 202 voci, suddivise in otto categorie, di gravità decrescente dalla VIII alla I e, quale retaggio della lesività traumatica di guerra, prevede, ovviamente, molte voci riguardanti le mutilazioni degli arti e di segmenti degli stessi e poche voci invece relative alle menomazioni funzionali viscerali.

In particolare, per quanto più specificatamente ci riguarda, occorre far riferimento alla voce 25 della VII categoria ed alla voce 2 della VIII categoria. Alla prima si trova la colicite cronica con disfunzione epatica persistente, mentre nella seconda si prevede la “colicistite cronica ed esiti di colicistectomia con persistente disepatismo”.

La differenza tra queste due voci è rappresentata unicamente dalla differenza tra la dizione “disfunzione epatica persistente” e quella di “persistente disepatismo”, con il primo termine intendendosi una disfunzione epatica che sia clinicamente apprezzabile, mentre con il secondo termine, si può intendere, secondo la consolidata dottrina medico legale, anche una semplice alterazione enzimatica o laboratoristica senza, manifestazioni cliniche evidenti, o addirittura il mero rilievo della positività dell’HCV-RNA.

Infine, nella valutazione complessiva delle lesioni non si può prescindere dal considerare l’HCV come agente cancerogeno. Fin dal 1994, infatti, la IARC (international Agency for Research on Cancer World Organization) afferma che per l’HCV vi è una “sufficiente evidenza” di potere cancerogeno e che l’epatocarcinoma “si manifesta in presenza di cirrosi o di significativa epatite cronica”, inserendola nel gruppo I (cancerogeno accertato per l’uomo). In proposito non si può ignorare che il 20-30% delle infezioni da HCV evolve in cirrosi ed il 5% in epatocarcinoma .

Come pure non può non tenersi conto, ai fini del giudizio dell’ascrivibilità tabellare come testualmente riportato al quadro C del verbale modello ML/V (“menomazione

permanente dell'integrità psicofisica") che generalmente nei soggetti affetti da epatite cronica si manifestano, come accaduto nel caso del/della ricorrente, importanti sintomi neuro-depressivi.

È evidente, pertanto, che qualora la CMO avesse rappresentato correttamente la vicenda ed avesse potuto valutarla ed istruirla adeguatamente facendo proprie le conoscenze medico scientifiche raggiunte in materia sarebbe pervenuta a delle considerazioni medico-legali completamente diverse, riconoscendo il nesso causale tra l'evento e la malattia, quantomeno alla VIII categoria della tabella A annessa al DPR n. 834 del 30/12/1981

DA QUANTO SOPRA ESPOSTO SI DEDUCE CHE:

- E' soddisfatto il criterio cronologico data l'adeguatezza del lasso di tempo trascorso tra l'evento trasfusionale subito e l'insorgenza dei segni clinico-ematologici della sofferenza epatica e delle manifestazioni extraepatiche correlate alla replicazione virale insorte dopo alcuni anni; tale criterio risulta altresì soddisfatto anche alla luce di studi consolidati relativi al carattere evolutivo di questa affezione, che, come avanti riportato, hanno dimostrato che soltanto in una piccola percentuale al contagio segue una epatite acuta, mentre nella maggioranza dei casi l'infezione primaria decorre, in maniera asintomatica o con lievi alterazioni dei valori bioumorali anche per oltre due decenni, per poi manifestarsi in tutta la sua ingravescenza;
- è soddisfatto il criterio della continuità fenomenica in quanto le manifestazioni cliniche della infezione sono insorte e sono state rilevate in un congruo arco susseguente al ricovero ove vennero praticate le trasfusioni, mentre i movimenti delle transaminasi sieriche hanno assunto, come avanti descritto, una fase iniziale di incremento di poco superiore alla norma seguita da una stabilizzazione dei valori, alternata dalla registrazione di fluttuanti alterazioni delle stesse, nel rispetto della storia naturale della infezione da virus di tipo C che, come è noto, presenta caratteristiche evolutive proprie, non uniformi e costanti nel tempo. Infatti l'andamento fluttuante dei valori delle ALT può essere espressione dell'alternarsi di periodi di maggiore o minore attività virale, ovvero di riattivazione virale dovuta alla estrema variabilità del virus ed alla attività/capacità immunologica del soggetto;

- è soddisfatto il criterio della tempestività della domanda in quanto la piena e qualificata conoscenza del danno irreversibile correlabile alle trasfusioni subite lo/la scrivente l'ha avuta solamente prendendo visione degli esami del 1999, rispettando ampiamente la triennialità prevista dalla legge 210/92 e successive modificazioni e integrazioni apportate con L.238/97, così come meglio specificato nella citata circolare ministeriale, in quanto la domanda è stata presentata nel dicembre 2001;
- è soddisfatto il criterio della probabilità lesiva poiché la pratica trasfusionale costituiva all'epoca attività ad elevato rischio di trasmissione delle infezioni virali, specie epatiche; in termini probabilistici, infatti, si può ragionevolmente ammettere che il/la ricorrente abbia contratto l'infezione da HCV con il sangue a suo tempo trasfuso, situazione, questa, certamente compatibile con un altissimo rischio di contrarre il virus per questa via, tenuto anche conto che all'epoca, ovviamente, i donatori non venivano screenati per HCV, non essendo ancora disponibile il test dell'epatite C e considerata anche la particolare situazione epidemiologica di quel momento; tale criterio non è stato benché minimamente contraddetto dalla certificazione attestante la presunta negatività dei donatori coinvolti nelle trasfusioni;
- è soddisfatto il criterio topografico perché il bersaglio privilegiato del virus è il fegato e tale organo risulta irreparabilmente compromesso dalla infezione virale, tenuto conto che, proprio per la presenza di severe patologie correlate alla replicazione virale, i sanitari hanno sconsigliato qualsiasi trattamento interferonico e/o antivirale propedeutico alla eradicazione del virus; è soddisfatto il suddetto criterio anche sotto il profilo della via di accesso del virus, trattandosi di contagio che prevalentemente si verifica per via parentale;
- è soddisfatto il criterio dell'ascrivibilità tabellare in quanto è stato ampiamente dimostrato che la patologia epatica patita dal/dalla ricorrente associata ad altre malattie correlate al virus dell'epatite C è meritevole di essere ascritta ad una delle otto categorie della tab. A allegata al DPR n.834/81.⁷

⁷ In materia si fa rinvio anche alla recente sentenza della Cassazione Civile (n. 10214 del 04/05/2007), pubblicata mentre andavamo in stampa e riportata nel capitolo 13 allegati.

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e la revoca e/o modifica e/o annullamento del parere della CMO di [«...⁸»]

in ipotesi

- 1) per il riconoscimento dell'epatite di tipo C, quale malattia contratta dal/dalla signor/ra.....a seguito di evento post-trasfusionale avvenuto in data. [«...⁹»], nonché, tenuto conto della storia clinica, dei danni patiti (ivi compreso le manifestazioni c.d. extraepatiche quali: [«...¹⁰»] e delle caratteristiche evolutive della epatite C, che a parere dei sanitari, potrebbero ancor più significativamente incidere sulla futura qualità della vita e sull'aspettativa della stessa, si chiede ammettersi l'ascrivibilità della patologia quantomeno alla VIII categoria della tabella "A" annessa al DPR n.834 del 30/12/1981.

In ordine al giudizio di non tempestività della domanda di cui al punto 3) del quadro A) del processo verbale impugnato, il/la ricorrente si riporta integralmente alle deduzioni svolte nel presente ricorso.

Conseguentemente lo/la stesso/a insiste affinché venga accettata la tempestività della domanda presentata in data[«...¹¹»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In tesi

- 2) per il rinvio alla CMO, ordinando che si proceda ad una nuova valutazione, tenuto conto dei fatti precedentemente non esaminati.

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione

Con osservanza.

[città, data e firma]

⁸ Riportare la sede della CMO

⁹ Riportare la/le data/e della/e trasfusioni

¹⁰ Elencare le patologie extraepatiche presenti (rinvio alla nota precedente).

¹¹ Trascrivere la data della domanda.

SOMMINISTRAZIONE IMMUNOGLOBULINE ANTI-TETANO ED ANTI-D

Il ricorso **va sempre inviato, a mezzo raccomandata AR, al Ministero della Salute** (Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio VIII - Legge 210/92 - Piazzale dell'Industria 20 - 00144 ROMA) direttamente, come nelle Regioni a Statuto Speciale, oppure, come in altre regioni, tramite la ASL che ha istruito la pratica e notificato il diniego.

Nell'attenersi scrupolosamente alle istruzioni contenute nella notifica si consiglia, comunque, di inviare il ricorso, per conoscenza, anche all'Ente (Regione o ASL) che ha notificato il processo verbale della CMO.

Oltre a seguire le indicazioni generali riportate all'inizio di questo capitolo, in questo caso occorre fare molta attenzione sia al tipo di plasmaderivato che, soprattutto, alla data della sua produzione e somministrazione.

Comunque alcuni principi contenuti in questo schema che si rifà alla decisione di seguito riportata, ovviamente riferita ad una donna, possono essere utilizzati per fattispecie comunque simili.

“Vista la nota del 5/10/1995 dell'Istituto Superiore di Sanità che definisce “ragionevolmente sicure le immunoglobuline in commercio, dati i trattamenti chimico-fisici cui sono sottoposte nel corso della loro preparazione industriale, trattamenti che sono in grado di inattivare l'eventuale presenza di virus emotrasmissibili questa Commissione ritiene non sussistente un nesso di causalità tra quanto esposto nel giudizio diagnostico ed i trattamenti immunoprofilattici (Ig anti D per profilassi della sensibilizzazione del fattore Rh ed Ig antitetano)”.

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97, la sottoscritta
.....nata/o a..... (prov) il.....
e residente in(prov.....), via.....n.....,

RICORRE AVVERSO

Il parere della Commissione Medica Ospedaliera di.....n.
del.....comunicata alla ricorrente dalla.....
con nota n..... del, contenente il seguente giudizio: [«...¹»]

FATTO

La Signora.....in data.....,
presentava domanda per richiedere l'indennizzo previsto dalla legge 210 e sue successive modifiche in quanto permanentemente danneggiata da epatite virale a seguito di somministrazione di immunoglobuline anti-tetano ed anti D.

La commissione esaminava la documentazione sanitaria allegata agli atti e redigeva il giudizio diagnostico di [«...²»].

La Commissione poi svolgeva le proprie considerazioni medico legali : [«...³»].

Quindi la Commissione concludeva:

¹ Riportare il giudizio sintetico contenuto nella lettera di notifica che accompagna il processo verbale della CMO.

² Riportare giudizio diagnostico del verbale della CMO.

³ Trascrivere l'intero riquadro delle considerazioni medico legali, generalmente riportate in calce alla seconda pagina del verbale della CMO.

- A. Sul giudizio di ascrivibilità tabellare: *non ascrivibile a categoria della tabella A, allegata al DPR 30/12/1981, n.834;*⁴
- B. sul giudizio di tempestività della domanda: *la domanda è stata presentata nei termini di legge.*

La vicenda sanitaria della signora, così come ricostruita dalla CMO non è del tutto esatta in quanto fondata unicamente su presupposti e valutazioni incomplete come di seguito meglio specificato. Si leggono infatti nella parte anamnestica e nel riquadro dell'esame obiettivo del processo verbale i seguenti riferimenti temporali: [«...⁵»]

Di certo vi è che la C.M.O. si è limitata a registrare la sequenza degli accertamenti svolti dalla ricorrente omettendo di supportare il proprio parere con idonee considerazioni medico-legali, per non parlare, poi, degli aspetti giuridico-giurisprudenziali su cui ci soffermeremo in seguito.

Il parere della CMO è da ritenersi illegittimo per i seguenti motivi:

DIRITTO

(SUL MANCATO RICONOSCIMENTO DEL NESSO CAUSALE

I Eccesso di potere, erronea interpretazione del parere del Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 5/10/1995 n. 2211/BLC.12.VIR.IMM Plasmaderivati, travisamento ed erronea valutazione dei fatti, difetto di istruttoria, vizio del procedimento”

La CMO ha erroneamente valutato i fatti ed altrettanto erroneamente ha interpretato il parere dell'Istituto Superiore di sanità del 05/10/1995 n. 2211/BLC.12.VIR.IMMM. Ed infatti il parere nella sua completezza recita

“La preparazione delle immunoglobuline con il metodo di frazionamento del plasma in etanolo freddo è in grado di determinare una riduzione del titolo di HBV-DNA e di HCV-RNA, eventualmente presente nel plasma di partenza, e di inattivare il virus HIV. Inoltre durante il processo di produzione è frequentemente previsto più di un trattamento di inattivazione/rimozione virale quali il frazionamento con polietilene glicole, la cromatografia a scambio ionico, il trattamento a pH4, il trattamento con il metodo solvente/detergente e trattamenti a calore. Ciascun trattamento contribuisce alla inattivazione/rimozione di eventuali virus contaminanti.

⁴ Vedi considerazioni riportate nel precedente ricorso.

⁵ Trascrivere l'intero riquadro delle considerazioni medico legali del verbale della CMO.

In conclusione è possibile affermare, in base allo stato attuale delle conoscenze sulle caratteristiche biologiche di differenti virus, che dopo la recente introduzione di multipli trattamenti di inattivazione, le immunoglobuline in commercio, a somministrazione intramuscolare ed endovenosa, sono ragionevolmente sicure.

Tuttavia casi di trasmissione di virus HBV ed HCV sono stati descritti per alcune preparazioni prima dell'applicazione di trattamenti di inattivazione/rimozione virale multipli. Inoltre la natura stessa dei meccanismi e dei processi biologici non permette in nessun caso di affermare l'assoluta nullità del rischio per quanto concerne la trasmissione di agenti virali noti, o tuttora sconosciuti, da parte di prodotti derivati dal sangue."

Da ciò se ne deduce che:

- Nel 1995 tali immunoglobuline erano definite ragionevolmente sicure e pertanto considerate sicure non in modo assoluto;
- i trattamenti multipli venivano segnalati come di recente introduzione, vale a dire che qualche anno prima non erano applicati e sicuramente non lo erano nel gennaio 1989, momento in cui alla ricorrente venne somministrata la sieroprofilassi con anti D e nell'aprile 1990 quella antitetanica;
- se si considera inoltre che la validità di tali preparati è di tre anni dalla data di produzione, si può ragionevolmente ipotizzare che il preparato impiegato fosse stato prodotto addirittura alcuni anni prima, periodo in cui, ovviamente, non erano disponibili test per la ricerca degli anticorpi relativi al virus dell'epatite di tipo C (si ricorda che il test vennero messi in commercio in Italia solo nel 1999);
- il Ministero della Sanità, con circolare prot. 800.7/EM/238 datata 02/04/1993, nell'autorizzare la commercializzazione e l'utilizzo di Ig anti-tetaniche, anche se preparate da plasma non controllato per HCV, faceva riferimento ad una "sufficiente garanzia di sicurezza nei riguardi di trasmissione di epatite C per tali emoderivati", ritenendo "accettabile il rapporto rischio/beneficio connesso con l'impiego degli stessi".

Nel caso in esame non si hanno dati per confermare o escludere che i lotti dai quali sono state prelevate le fiale somministrate alla ricorrente siano stati preparati con procedimenti di inattivazione/rimozione, ma sicuramente possiamo affermare che i numerosi donatori non erano stati screenati per HCV.

Da ciò ne consegue che la provenienza delle Ig anti-D ed Ig antitetano da pool di plasma proveniente da donatori multipli, non selezionati in base alla negatività dei test per l'HCV nel singolo donatore, comporta un rischio molto elevato di presenza del virus nel prodotto derivato (immunoglobuline).

Ciò premesso, si ritiene che le affermazioni: *"le immunoglobuline in commercio sono ragionevolmente sicure, la preparazione delle stesse è in grado di determinare una riduzione del titolo di HCV-RNA"*, non dimostrano in alcun modo che tali procedure inattivino il virus dell'epatite C, ma addirittura, se collegate alle considerazioni finali dello stesso parere, propendono, in termini quantomeno probabilistici, per la reale possibilità di fonte di contagio della profilassi antitetanica ed anti-D, potendosi, altresì, ragionevolmente asserire che tali plasmaderivati possiedono i requisiti di efficienza lesiva.

E' utile ancora ricordare che nel decreto emesso dallo stesso Ministero in data 1/9/95, viene riportato il modulo di consenso informato al *"trattamento con emoderivati"*, nel quale testualmente si legge che "tale pratica terapeutica non è comunque esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc".).

Risulta abbastanza singolare che Codesto Ministero, continui, da una parte, a sostenere la non collegabilità dell'insorgenza dell'epatite da virus HCV con la somministrazione intramuscolare di immunoglobuline antitetaniche ed in generale qualsiasi trattamento immunoprofilattico, e, dall'altra, mantenere in vigore il citato decreto 1/9/95 che impone la firma del consenso informato per ricevere tali terapie, validando, nel contempo, studi che dimostrano la potenzialità infettiva degli stessi prodotti, come di seguito dimostrato.

Destano, infine, non poche perplessità le circostanze che negli anni 1995/1997 hanno fatto emettere al Ministero della Sanità specifiche note informative, risultate poi propedeutiche alle decisioni assunte dalle varie Commissioni Mediche Ospedaliere di tutta Italia, alcune delle quali preventivamente richieste alle ditte produttrici di emoderivati.

Ci pare, abbastanza scontato che una ditta produttrice di plasmaderivati, su specifica richiesta dell'allora Ufficio Speciale Legge 210 del Ministero della Sanità avanzata in data 16/7/97, con la quale veniva richiesto *"se erano a conoscenza di casi di epatite a seguito di somministrazione di immunoglobuline"*, la stessa produca una risposta, ove, tra l'altro, si legge: *"possiamo ragionevolmente*

escludere, sia in generale riguardo a tutte le immunoglobuline, sia in particolare in riferimento al nostro (Ig tetano.....) che possa sussistere correlazione tra la somministrazione di tali specialità e l'insorgenza di epatite B e C. Possiamo garantire che prima del caso in questione non è mai stato segnalato al nostro servizio di farmacovigilanza alcun caso di epatite per i lotti utilizzati dal 1981".

Ritornando più specificatamente alle considerazioni medico legali (non svolte) dalla Commissione Medico Ospedaliera in ordine al mancato riconoscimento del nesso di causalità tra la somministrazione degli emoderivati di che trattasi, la ricorrente fa rinvio agli studi (alcuni dei quali commissionati dallo stesso Istituto Superiore di Sanità) pubblicati su "*Trasfusion*" - volume 37 (mesi di agosto e settembre 1997) e volume 39 (mesi di aprile, novembre e dicembre 1999) - che hanno dimostrato la trasmissibilità (in percentuale, peraltro, significativa) di infezioni virali da epatite C delle immunoglobuline antitetaniche somministrate per via intramuscolo.

Infatti gli autori, Pisani e Gentilini, dell'Istituto Superiore di Sanità, dopo la ricerca del genoma virale dell'epatite C (HCV-RNA con metodica PCR) nelle IMIG-Tetano condotta su campioni degli anni 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, riconoscono di aver riscontrato la presenza di HCV-RNA nel 52% delle fiale del 1990, nel 35% delle fiale del 1991, del 48% in quelle del 1992 e 12% in quelle del 1994.

Dallo stesso studio è emerso che "*le fasi di inattivazione dei virus non fossero ancora state inserite nella routine di lavorazione*" dei preparati di derivazione ematica.

Alle stesse conclusioni (ipotesi statisticamente elevate di contagio attraverso la somministrazione di emoderivati per via intramuscolare, indipendentemente dal dosaggio o dalla occasionalità) sono giunti altri studi scientifici internazionali (*cfr New England Journall of Medicine - volume 340, n. 16, 22 aprile 1999, pag. 1228-1232*). Nella qualificata rivista vi troviamo pubblicata un'ampia rassegna degli studi condotti dal Gruppo Irlandese di Ricerca in Epatologia, dai quali emerge, tra l'altro, che nel marzo 1994 fu iniziato un programma di controllo per le donne che avevano ricevuto Ig anti D per la prevenzione dell'isoimmunizzazione materno-fetale tra il 1970 e il 1994. Delle 62.667 donne che furono controllate, 704 hanno evidenziato passate o attuali infezioni da HCV e 390 di queste erano risultate positive per HCV-RNA.

Ed ancora, Wiesse ed altri hanno osservato in uno studio di sorveglianza su pazienti partorienti con epatite pos-trasfusionale infettate da Immunoglobuline anti-

D nel 68% si aveva sviluppo di epatite cronica, anche se a distanza di 17 anni nessuna di esse aveva sviluppato cirrosi ed il 5=5 era divenuta asintomatica del virus HCV .

È evidente, pertanto, che qualora la CMO avesse interpretato correttamente il Parere dell'Istituto Superiore di Sanità ed avesse valutato ed istruito correttamente la vicenda, facendo proprie le conoscenze medico scientifiche raggiunte in materia, sarebbe pervenuta a delle considerazioni medico-legali completamente diverse, riconoscendo il nesso causale tra l'evento e la malattia, quantomeno alla VIII categoria della tabella A annessa al DPR n. 834 del 30/12/1981.

Da quanto sopra si deduce che nel caso in questione, applicando i criteri previsti dalla metodologia medico-legale tradizionale, risulta soddisfatto il criterio:

- Cronologico. Si deve ammettere che l'intervallo di tempo trascorso tra la presunta azione lesiva (somministrazione di Plasmaderivati) il riscontro di positività per anti HCV è compatibile con il periodo di incubazione-latenza della malattia;
- patogenetico. Le conoscenze derivate dalle acquisizioni sulla epidemiologia e le modalità di trasmissione del virus dell'epatite di tipo C, confrontate con la storia del/della paziente permettono di asserire che gli eventi ricostruibili (dalla somministrazione delle sieroprofilassi fino al rilievo diagnostico dell'infezione, è compatibile con le conoscenze scientifiche al momento note sul processo patologico che produce tale malattia, che prevede il contagio del virus soprattutto per via parenterale;
- topografico. Risulta dimostrato che il danno epatico diagnosticato al soggetto è compatibile, per sede anatomica, con il danno da virus dell'epatite di tipo C che individua nel fegato il principale organo di bersaglio della sua azione lesiva;
- della probabilità lesiva, in quanto:
 - gli emoderivati somministrati alla ricorrente appartenevano sicuramente a lotti non testati per l'eventuale presenza di anticorpi anti HCV;
 - non si hanno dati per escludere che i lotti in questione siano stati preparati con procedimenti di inattivazione/rimozione virale;
 - il numero elevato di donatori, non selezionati per HCV, non solo rende impossibile la verifica di una eventuale infezione da HCV nel singolo donatore ma comporta anche dei rischi elevati di presenza del virus

nelle immunoglobuline, soprattutto se la maggior parte del plasma, come dimostrano le vicende dell'epoca, veniva importato dall'estero;

- della continuità fenomenica in quanto le manifestazioni cliniche della infezione sono insorte e sono state rilevate in un congruo arco susseguente ai ravvicinati trattamenti sieroprofilattici, mentre i movimenti delle transaminasi hanno assunto, come avanti descritto, una fase iniziale di incremento di poco superiore alla norma seguita da una stabilizzazione dei valori, alternata dalla registrazione di fluttuanti alterazioni delle stesse, nel rispetto della storia naturale della infezione da virus di tipo C che, come è noto, presenta caratteristiche evolutive proprie, non uniformi e costanti nel tempo;
- criterio epidemiologico in quanto non mancano le segnalazioni nella letteratura scientifica della presenza dell'HCV-RNA in numerosi lotti di immunoglobuline somministrate per via intramuscolo.

Sulla base di queste considerazioni si può ragionevolmente asserire che i plasmaderivati somministrati alla ricorrente possedevano tutti i requisiti di efficienza lesiva poiché la pratica con emoderivati costituiva all'epoca attività ad elevato rischio di trasmissione delle infezioni virali, specie epatiche.

In termini probabilistici, infatti, si può ammettere che la ricorrente abbia contratto l'infezione da HCV con gli emoderivati a suo tempo somministrati, situazione, questa, certamente compatibile con un altissimo rischio di contrarre il virus per questa via, tenuto conto anche della particolare situazione epidemiologica di quel momento.

[«II....⁶»

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e la revoca e/o modifica e/o annullamento del parere della CMO di [«....⁷»]

in ipotesi

- 1) per il riconoscimento dell'epatite di tipo C, quale malattia contratta dalla signora.....a seguito di trattamenti immunoprofilattici Ig anti D ed Ig anti-tetano somministrati rispettivamente

⁶ Per quanto riguarda la mancata ascrivibilità tabellare trascrivere la parte del ricorso riportata nel precedente ricorso.

⁷ Riportate la sede della CMO.

nelle date [...⁸], nonché, tenuto conto della storia clinica, dei danni patiti (ivi compreso le manifestazioni c.d. extraepatiche quali: [...⁹]) e delle caratteristiche evolutive della epatite C, che a parere dei sanitari, potrebbero ancor più significativamente incidere sulla futura qualità della vita e sull'aspettativa della stessa, si chiede ammettersi l'ascrivibilità della patologia quantomeno alla VIII categoria della tabella "A" annessa al DPR n.834 del 30/12/1981.

Conseguentemente la stessa insiste affinché venga accolta la domanda presentata in data[«...¹⁰»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In tesi

- 2) per il rinvio alla CMO, ordinando che si proceda ad una nuova valutazione, tenuto conto dei fatti precedentemente non esaminati

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione

Con osservanza.

[città, data e firma]

⁸ Riportare la/le data/e della/e somministrazioni di plasmaderivati
⁹ Elencare le patologie extraepatiche presenti (rinvio alla nota precedente).
¹⁰ Trascrivere la data della domanda.

CONTAGIO DA SANGUE INFETTO - NESSO CAUSALE (operatori sanitari)

Il ricorso **va sempre inviato, a mezzo raccomandata AR, al Ministero della Salute** (Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio VIII - Legge 210/92 - Piazzale dell'Industria 20 - 00144 ROMA) direttamente, come nelle Regioni a Statuto Speciale, oppure, come in altre regioni, tramite la ASL che ha istruito la pratica e notificato il diniego. Nell'attenersi scrupolosamente alle istruzioni contenute nella notifica si consiglia, comunque, di inviare il ricorso, per conoscenza, anche all'Ente (Regione o ASL) che ha notificato il processo verbale della CMO.

Oltre a far rinvio alle indicazioni generali riportate all'inizio di questo capitolo, si precisa che questo schema di ricorso è da utilizzare qualora la fattispecie sia pressoché analoga alla decisione adottata da una CMO di seguito riportata. In caso diverso possono comunque essere utilizzati alcuni principi contenuti nello stesso, che con opportuni accorgimenti, potranno risultare utili per la generalità delle decisioni negative riguardanti gli operatori sanitari.

“Si rammenta, ove occorra, quanto espresso al punto a) del comma 4 della Circolare 900/U.S./L210 del 14/11/1996 del Ministero della Sanità, riguardo le infezioni da HIV e quindi, per quella analogia recentemente sentenziata, anche alle infezioni da HCV, l'obbligo, cioè, da parte del lavoratore, di produrre originale o copia conforme della denuncia di infortunio sul lavoro (vedi D.M. 28/09/990 art. 9, comma 3, secondo il quale l'operatore sanitario deve dare immediata comunicazione dell'infortunio stesso). Nel caso in questione tale documentazione pur essendo allegata non è completa di diagnosi”

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97 e sentenza n. 476/2002 della Corte Costituzionale, il/la sottoscritto/a

.....nata/o a..... (prov) il.....

e residente in(prov....), via.....n.....,

RICORRE AVVERSO

Il parere della Commissione Medica Ospedaliera di.....n.

del.....comunicata al/alla ricorrente dalla.....

con nota n..... del, contenente il seguente giudizio: [«...¹»]

FATTO

Il/la Signor/ra.....in data.....,

operatore sanitario in servizio presso,presentava

domanda per richiedere l'indennizzo previsto dalla legge 210 e sue successive modifiche in quanto permanente danneggiato/a, durante il servizio, da contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale.

La commissione esaminava la documentazione sanitaria allegata agli atti e redigeva il giudizio diagnostico di [«...²»].

La Commissione poi svolgeva le proprie considerazioni medico legali : [«...³»].

¹ Riportare il giudizio sintetico contenuto nella lettera di notifica che accompagna il processo verbale della CMO.

Quindi la Commissione concludeva:

- 3) Sul giudizio di ascrivibilità tabellare: *non ascrivibile a categoria della tabella A, allegata al DPR 30/12/1981, n.834;*
- 4) Sul giudizio di tempestività della domanda: *la domanda è stata presentata nei termini di legge.*

La vicenda sanitaria del/della signor/ra, così come ricostruita dalla CMO non è del tutto esatta in quanto fondata su presupposti e valutazioni incomplete come di seguito meglio specificato.

Si leggono infatti nella parte anamnestica e nel riquadro dell'esame obiettivo del processo verbale i seguenti riferimenti temporali: [«...⁴»]

Di certo vi è che la C.M.O. si è limitata a registrare la sequenza degli accertamenti svolti dal/dalla ricorrente omettendo di supportare il proprio parere con idonee considerazioni medico-legali, per non parlare, poi, degli aspetti giuridico-giurisprudenziali su cui ci soffermeremo in seguito.

Il parere della CMO è da ritenersi illegittimo per i seguenti motivi:

DIRITTO

(SUL MANCATO RICONOSCIMENTO DEL NESSO CAUSALE E SULLA MANCATA ASCRIVIBILITÀ TABELLARE)

I. Violazione della legge, errata applicazione della sentenza n. 476/2002 della Corte Costituzionale, falsa interpretazione ed erronea applicazione del D.M. 28/09/1990 del Ministero della Sanità, mancata applicazione della nota del Ministero della Difesa DGSM 4/a Divisione 1^a sez. di Medicina Legale del 25/03/2004 e della nota informativa del Ministero della Salute del 13/06/2003.

La CMO è incorsa in una erronea interpretazione delle norme in materia. Infatti, la legge 210/92 ha voluto introdurre nell'ordinamento regole proprie di un sistema di sicurezza sociale che sono andate a "correggere" i limiti connaturali di altre norme sulla responsabilità per danni già previste nel sistema di tutela (art. 2043 e ss. c.c.). E dubbio alcuno non può residuare se si tiene conto della sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato *"l'illegittimità Costituzionale dell'art. 1, comma 3, della L.210/92, nella parte in cui non prevede che i benefici previsti dalla legge stessa spettino anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e*

² Riportare giudizio diagnostico del verbale della CMO.

³ Trascrivere l'intero riquadro delle considerazioni medico legali, generalmente riportate in calce alla seconda pagina del verbale della CMO.

⁴ Elencare tutti gli esami ematochimici e strumentali citati nella parte anamnestica e in quella dell'esame obiettivo del verbale della CMO.

durante i medesimo, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti”.

La ratio della legge 210/92 (che ammetteva al beneficio gli operatori sanitari che avevano contratto un'infezione da HIV) e della sentenza sopra citata è quella di riconoscere un equo indennizzo al soggetto, che per motivi di servizio, ha dovuto effettuare prestazioni professionali comunque ad elevato rischio e che, in esito al relativo contagio, abbia subito un danno irreversibile alla salute.

Tale principio trova fondamento nella evoluzione giurisprudenziale seguita dal pronunciamento della Corte di Cassazione Civile – Sezione Lavoro n. 57641982 in cui viene affermata la legittimità del ricorso alla *“presunzione semplice”* in caso di infezione manifestatasi in un operatore sanitario, superando con ciò le difficoltà (spesso impossibilità) nel dover dimostrare con idonea documentazione precisi eventi lesivi a cui ricondurre il momento contagiante. Infatti allo stato attuale l'infezione da HCV, in ambito di tutela assicurativa INAIL, viene trattata come infortunio al pari delle altre malattie infettive e parassitarie; la causa lesiva di natura microbica o virale viene infatti equiparata alla causa violenta, in quanto quest'ultima non implica necessariamente la rapidità dell'effetto patologico⁵.

Per quanto attiene poi la rigida estensione analogica adottata dalla CMO delle disposizioni contenute nella circolare n. 900/U.S./l.210 del 14/11/1996 del Ministero della Sanità (punto 4/a), che riguardano gli operatori sanitari che abbiano contratto infezione da HIV a seguito di contatto con sangue proveniente da soggetto HIV positivo, agli operatori contagiati da HCV, sulla base delle disposizioni contemplate dal DM 28/9/1990, il/la ricorrente ritiene utile sottoporre all'attenzione di Codesto Ministero quanto segue:

- Il citato DM, emanato dal Ministero (all'epoca) della Sanità sulla base dell'art 7 della legge 5 giugno 1990, n.135, norma speciale riguardante esclusivamente la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, dal titolo *“norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private”* disciplina in maniera particolareggiati obblighi, precauzioni e raccomandazioni a cui debbono attenersi gli operatori sanitari per proteggersi dal contagio professionale da HIV;

⁵ Innocenti M., Rullo F, Sferra C, Ossicini A: *Malattia infortunio Trattazione in ambito INAIL – ed. INAIL 1999.*

- in nessuno dei dieci articoli di detto decreto si fa il benché minimo riferimento a precauzioni riguardanti altre fonti di infezioni nosocomiali, ne tantomeno si può invocare una norma emanata nel 1990 per regolamentare un incidente accaduto in precedenza, in assenza, ovviamente, di qualsiasi linea guida che potesse riguardare una infezione all'epoca sconosciuta (si ricorda che il virus dell'epatite C è stato scoperto nel 1988 i cui test sono stati commercializzati in Italia solo l'anno successivo);
- occorre anche dire che le precauzioni finalizzate alla protezione dal contagio di pazienti affetti da HIV per i quali, quasi sempre, è già nota l'infezione è assai maggiore rispetto ad una molteplicità di soggetti affetti da altre patologie virali ed è proprio per questo che gli incidenti vengono denunciati con maggiore o minore tempestività. Infatti, secondo quanto riportato dalle Linee Guida della Società Italiana di Medicina del lavoro e Igiene Industriale del maggio 2003 sul *“rischio biologico per i lavoratori della Sanità”*, la prevalenza delle infezioni da HBV, HCV, e HIV nella popolazione afferente alle strutture sanitarie è stimata, in media, rispettivamente del 2%, 4% e 1%, mentre quella stimata sul personale sanitario è, in media, del 2% per HBV e HCV ed inferiore allo 0,1% per HIV.

Ciò premesso, i limiti restrittivi, di natura giuridico-medico-legale, che si vorrebbero ora imporre all'ottenimento di questo beneficio destano forti perplessità.

Il/la ricorrente ritiene, infatti, che non si possono far gravare sul cittadino le conseguenze dell'aver consentito la presentazione della domanda di indennizzo per danni causati da contagio con sangue di pazienti infetti soltanto con una sentenza della Corte Costituzionale che solo nel 2002 è andata a colmare una palese ingiustizia contenuta nella legge emanata nel 1992, in tempi molto più recenti dei fatti denunciati. È comprensibile, che dopo molti anni, alcuni documenti sia clinici che amministrativi siano divenuti irreperibili, o, come in questo caso, forse, non perfezionabili con l'aggiunta della diagnosi sul certificato di infortunio del [«...⁶»] erroneamente, all'epoca, omessa dal medico dell'INAIL.

Altro argomento, ad avviso del/della ricorrente, che fa ritenere erronea la decisione della CMO, consiste nel fatto che la stessa non ha tenuto nella benché minima considerazione quanto espresso dal Ministero della Salute con informativa del 13/06/2003 circa l'opportunità di applicare alle problematiche relative alla legge

210/92, così come modificata con sentenza della Corte Costituzionale n. 476/2002, il criterio di rischio generico aggravato già utilizzato nell'ambito della pensionistica privilegiata per causa di servizio e quanto ribadito dalla nota del Ministero della Difesa DGSM 4/a Divisione 1/a Sezione di Medicina Legale del 25/03/2004 che, tra l'altro, recita: "è considerato nella prassi operativa il riconoscimento della dipendenza in quanto nella fattispecie si configura il rischio generico aggravato".

Sulla materia, inoltre, la specifica letteratura ci dice che l'agente infettante in questione (virus dell'epatite di tipo C) trova nel sangue, nei suoi derivati e nelle secrezioni biologiche un eccellente terreno di cultura per mantenersi attivo e moltiplicarsi e di conseguenza detti liquidi organici rappresentano degli straordinari vettori di detto agente infettante.

Negli operatori sanitari, come è noto, l'infezione da HCV, dal punto di vista patogenetico, ha luogo principalmente con la penetrazione del virus nell'organismo attraverso soluzioni di continuità della cute o delle mucose che, se integre, rappresentano, invece, un'ottima barriera difensiva per l'organismo sano.

Anche in assenza di particolari malattie della pelle è noto che l'azione traumatica sulla cute da parte di strumenti di lavoro, quali forbici, aghi da sutura e da terapia iniettiva, fili di trazione, bisturi od altri oggetti contaminati da sangue infetto, rappresenta l'evento più frequente nell'espletamento dell'attività lavorativa del personale di assistenza sia medico che infermieristico.

Inoltre la frequenza di traumatismi, più o meno evidenti, è spesso riscontrata nell'anamnesi del personale ospedaliero addetto all'assistenza dei malati, e, talvolta, è documentata da referti dell'avvenuta lesione, come (almeno in parte), nel caso in esame.

Tuttavia esistono circostanze in cui l'apparente modestia della lesione traumatica e la disinformazione del personale non consentono di documentare eventi traumatici di entità sottostimata al momento dell'incidente ma foriere in analoga misura di altri traumi più macroscopici di conseguenze gravi per la salute del dipendente.

Ma ancora più subdola appare la patogenesi dell'entità nosologica di cui trattasi se si considera che, oltre alla dermatite avanti descritta, anche microlesioni della cute o delle mucose, il più delle volte sconosciute all'operatore, rappresentano un idoneo ingresso per la trasmissione dell'agente infettante da un soggetto malato o portatore sano (si ricorda che all'epoca non erano disponibili test per l'epatite C,

⁶ riportare la data dell'infortunio.

inquadrata nosograficamente solo nel 1988) ad un altro sino al quel momento indenne da malattia epatica.

Sono, pertanto, molteplici ed insidiose le occasioni di contagio per il personale di assistenza al degente durante l'espletamento delle mansioni lavorative. Ciò è ancor più vero se si considera che spesso l'operatore sanitario in genere e l'infermiere in particolare è a stretto contatto con il degente e con le sue secrezioni biologiche, il più delle volte senza essere a conoscenza della potenzialità infettante del malato.

L'urgenza di un trattamento sanitario, le condizioni ambientali in cui si opera, aggravate, all'epoca, dall'assenza di raccomandazioni generali e specifiche sui rischi di infezione virale nosocomiale, assieme ad altri e numerosi fattori di rischio inevitabili, sono condizioni che pongono il personale sanitario addetto all'assistenza nelle condizioni di essere esposto ad un rischio specifico o, quantomeno, generico aggravato.

Occorre anche considerare il fatto che questi operatori hanno l'obbligo deontologico e contrattuale di fornire la propria prestazione anche quando questa comporta l'esposizione ad elevati rischi per la propria salute; in caso di rifiuto si potrebbero anche configurare ipotesi di reato penalmente rilevanti.

Se tali considerazioni sono valide per tutti gli operatori sanitari perché impegnati direttamente nell'assistenza continuativamente prestata nel tempo a degenti di uno stesso reparto, nel caso specifico del/della ricorrente, le stesse considerazioni sono certamente di significato più pregnante a causa delle molteplici mansioni dallo/dalla stesso/a espletate nel corso dell'attività di servizio e dei diversi ambienti di lavoro nei quali, le stesse hanno trovato applicazione a volte con repentina variazione. Infatti fino all'anno [«...⁷»] il/la ricorrente ha svolto le funzioni in diversi reparti, fra i quali, [«...⁸»] geriatria, chirurgia generale, neurochirurgia, otorinolaringoiatria, maternità, medicina generale.

Non vi è dubbio, pertanto che tali attività hanno comportato per il/la dipendente una protratta esposizione ai fattori di rischio avanti descritti. Si è trovato/a, infatti, a maneggiare, nei diversi reparti di volta in volta strumenti di lavoro (forbici, aghi, fili, bende ecc) sporchi di sangue o altro materiale biologico potenzialmente infetto ed in grado, essi stessi, di creare soluzioni di continuo della cute o delle mucose.

⁷ Riportare la relativa data.

⁸ Riportare i reparti ove si è prestato servizio prima della infezione.

Da quanto sopra esposto il/la ricorrente, in assenza di elementi di certezza, che nelle infezioni pregresse, come quella in questione, difficilmente potranno riscontrarsi, ritiene applicabile il criterio di verosimiglianza fondato sul criterio del rischio generico aggravato ammesso dalla prevalente dottrina medico legale e dalla giurisprudenza, avendo, peraltro, dimostrato che nella sua attività lavorativa si sono sicuramente realizzati i presupposti di causalità materiale che rafforzano gli estremi di riconoscimento della causalità di servizio anche ai fini dell'attribuzione del benefico ex legge 210/92.

Pertanto, nel caso in esame, come avanti spiegato, al criterio della certezza può ben sostituirsi quello della probabilità, che, nel dubbio, dovrà essere valutato come evenienza più favorevole nei riguardi del soggetto avente diritto; né, al contempo, potrà essere esclusa la possibilità che lo/la ricorrente abbia contratto l'infezione de quo con l'infortunio comunque subito e riconosciuto dalla stessa CMO in data. [«...»], quest'ultima, all'epoca, giustamente, senza eccepire la mancanza della diagnosi sul certificato di infortunio professionale del [«...⁹»].

Si ricorda comunque che l'INAIL di [«...¹⁰»], con posizione N. [«...¹¹»] del [«...¹²»], ha riconosciuto la relazione causa-effetto tra i danni permanenti alla integrità psico-fisica e l'infezione da epatite di tipo C contratta a causa di infortunio sul lavoro. Queste ultime osservazioni, improntate sulla ammissibile valutazione di ragionevole probabilità scientifica (cfr. Cass. 4326/81; Cvass.2958/94; Cass.6334/94), in difetto, come avanti dimostrato, di elementi contrari, possono ben essere poste a base di una decisione positiva.

Ed ancora più specificatamente la Sezione Lavoro della Corte di Cassazione con Sentenza n. 6899 dello 08/04/2004 ha stabilito che riguardo all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro *“costituisce causa violenta anche l'infezione da fattori microbici o virali, che penetrando nell'organismo umano, ne determino l'alterazione dell'equilibrio anatomico-fisiologico, semprechè tale azione, pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo, sia in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa, anche in difetto di una specifica causa violenta alla base dell'infezione. La relativa dimostrazione può essere fornita in giudizio anche mediante presunzioni semplici.”*

⁹ Riportare la data del certificato.

¹⁰ Riportare la sede dell'INAIL.

¹¹ Riportare il numero della decisione.

¹² Riportare la data del documento.

In applicazione di tale principio la stessa Corte ha cassato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda di una infermiera professionale in servizio presso un centro di igiene mentale, volta a farsi riconoscere la natura di infortunio sul lavoro dell'infezione virale HBC ed HCV da cui era risultata affetta, sull'assunto che mancasse la prova del nesso di causalità tra eventuali lesioni, da puntura di siringa od altro e l'infezione contratta, laddove dal principio sopra enunciato discende l'irrelevanza di una specifica causa violenta. Occorre ricordare che tali principi sono consolidati dalla costante giurisprudenza in materia di infortuni sul lavoro in ambito sanitario e più specificatamente nella contrazione di epatiti virali (Cass., Sez. Lavoro 27.06.1998 n.6390, Tribunale Arezzo 21.05.1994 - fonte Toscana Lavoro giur., 1995 pag.87-, Cass. 19.07.1991, n.8058, Cass. Sez. Lavoro 01.06.2000, n.7306).

È evidente, pertanto, che qualora la CMO non fosse incorsa in una errata interpretazione della legge 210/02 ed avesse valutato ed istruito correttamente la vicenda facendo proprie le conoscenze medico scientifiche raggiunte in materia ed avesse tenuto conto dell'evoluzione giurisprudenziale sarebbe pervenuta a delle considerazioni medico-legali completamente diverse, riconoscendo il nesso causale tra l'evento e la malattia, e l'ascrivibilità della stessa, quantomeno, alla VIII categoria della tabella A annessa al DPR n. 834 del 30/12/1981

Da quanto sopra esposto si deduce che:

- E' soddisfatto il criterio cronologico data la dimostrata adeguatezza del lasso di tempo trascorso dall'evento accidentale subito e l'insorgenza dei segni clinico-ematologici della sofferenza epatica. Tale criterio risulta altresì soddisfatto anche alle luce di studi consolidati relativi al carattere evolutivo di questa affezione, che hanno dimostrato che soltanto in una piccola percentuale al contagio segue una epatite acuta, mentre nella maggioranza dei casi l'infezione primaria decorre, in maniera asintomatica o con lievi alterazioni dei valori bioumorali anche per oltre due decenni;
- è soddisfatto il criterio della continuità fenomenica in quanto le manifestazioni cliniche della infezione sono insorte e sono state rilevate in un congruo arco susseguente agli incidenti denunciati, mentre i movimenti delle transaminasi sieriche hanno assunto una fase iniziale di incremento di

poco superiore alla norma (...¹³) seguita da una stabilizzazione dei valori (...¹⁴) alternata dalla registrazione di fluttuanti alterazioni delle stesse, nel rispetto della storia naturale della infezione da virus di tipo C che, come è noto presenta caratteristiche evolutive proprie, non uniformi e costanti nel tempo. Questa situazione clinica è ben riportata nelle notizie anamnestiche del processo verbale redatto dalla Commissione Medico Ospedaliera.

- è soddisfatto il criterio della probabilità lesiva in quanto, per eccezione comune, il personale sanitario, essendo esposto al contatto con numerose fonti di contagio ed alla costante azione micro e macro lesività accidentale da parte di strumentario e materiali infetti, rischia la contrazione di infezioni virali, specie epatiche. Infatti in termini probabilistici si può ragionevolmente ammettere che il/la ricorrente abbia contratto l'infezione da HCV con l'incidente a suo tempo comunque denunciato ovvero con altre routinarie manovre di assistenza prestate durante il servizio, situazione certamente compatibile con un altissimo rischio di contrarre il virus di tipo C per queste vie, tenuto conto che all'epoca, ovviamente, i degenti non venivano screenati per HCV, non essendo ancora disponibile il test dell'epatite C e considerata anche la particolare situazione epidemiologica di quel momento;
- è soddisfatto il criterio topografico perché il bersaglio privilegiato del virus è il fegato e tale organo risulta irreparabilmente compromesso dalla infezione virale. È soddisfatto il suddetto criterio anche sotto il profilo della via di accesso del virus, trattandosi di contagio che per gli operatori sanitari prevalentemente si verifica attraverso soluzioni di continuità della cute e delle mucose.

Sulla base di queste considerazioni si può ragionevolmente concludere che si siano realizzati i presupposti di causalità materiale che integrano gli estremi della causalità di servizio .

[«II...¹⁵»

¹³ Riportare tra parentesi data e valori GOT/SGOT/GGT del referto

¹⁴ Riportare tra parentesi data e valori GOT/SGOT/GGT del referto

¹⁵ Per quanto riguarda la mancata ascrivibilità tabellare trascrivere la parte del ricorso riportata nel precedente ricorso

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e la revoca e/o modifica e/o annullamento del parere della CMO di [«....¹⁶»]

in ipotesi

- 1) per il riconoscimento dell'epatite di tipo C, quale malattia contratta dalla signor/ra.....a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale, nonché, tenuto conto della storia clinica, dei danni patiti (ivi compreso le manifestazioni c.d. extraepatiche quali: [«...¹⁷»] e delle caratteristiche evolutive della epatite C, che a parere dei sanitari, potrebbero ancor più significativamente incidere sulla futura qualità della vita e sull'aspettativa della stessa, si chiede ammettersi l'ascrivibilità della patologia quantomeno alla VIII categoria della tabella "A" annessa al DPR n.834 del 30/12/1981. Conseguentemente la stessa insiste affinché venga accolta la domanda presentata in data[«...¹⁸»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In tesi

- 2) per il rinvio alla CMO, ordinando che si proceda ad una nuova valutazione, tenuto conto dei fatti precedentemente non esaminati.

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione.

Con osservanza.

[città, data e firma]

¹⁶ Riportate la sede della CMO.

¹⁷ Elencare le patologie extraepatiche presenti (rinvio al ricorso precedente.

¹⁸ Riportare la data della domanda.

CONTAGIO DA SANGUE INFETTO (operatori ospedalieri ritenuti “non sanitari”)

Oltre a seguire le indicazioni generali riportate all’inizio di questo capitolo, in questo caso la raccomandata AR va inviata sia al Ministero della Salute che all’Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (in alcune Regioni a statuto Ordinario le ASL, in altre le stesse Regioni) Comunque si consiglia di inviare la raccomandata anche a quelle Regioni che hanno delegato le ASL a svolgere queste funzioni..

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell’art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97 e sentenza n. 476/2002 della Corte Costituzionale, il/la sottoscritto/a
..... nata/o a..... (prov)
il.....e residente in (prov...),
vian.....,

RICORRE AVVERSO

L’atto di archiviazione¹ della Commissione Medica Ospedaliera di[«...²»] del [«...³»] comunicato al/alla ricorrente dalla [«...⁴»] con nota n [«...⁵»] del [«...⁶»], contenente la seguente notifica: [«...⁷»], il quale, trattandosi, nella sostanza, di un vero e proprio diniego e in quanto tale sottoponibile a ricorso gerarchico.

FATTO

Il/la Signor/ra.....in data.....,
operatore sanitario in servizio pressopresentava
domanda per richiedere l’indennizzo previsto dalla legge 210 e sue successive
modifiche in quanto permanente danneggiato/a, durante il servizio, da contatto con
sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale.

Il Presidente della Commissione esaminava la documentazione sanitaria allegata
agli atti e ritenendo che le mansioni svolte non rientravano fra quelle dell’operatore
sanitario, redigeva la seguente nota: [«...⁸»],

¹ La CMO aveva restituito in vaso il fascicolo alla ASL relativo alla domanda presentata da un dipendente di un’azienda Ospedaliera che aveva subito il contagio durante il servizio nella lavanderia, all’epoca, direttamente gestita dalla stessa azienda.

² Riportare la sede della CMO.

³ Riportare la data del provvedimento.

⁴ Riportare l’Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (Regione, ASL).

⁵ Riportare il numero del protocollo della lettera.

⁶ Riportare la data della lettera

⁷ Riportare sinteticamente il contenuto nella lettera di notifica che accompagna la nota della CMO.

⁸ Riportare integralmente il contenuto della lettera della CMO.

Il provvedimento della CMO contenete la proposta di archiviazione e l'atto di notifica della [«...4»] sono illegittimi e vanno annullati per i seguenti motivi:

DIRITTO

I. Violazione dell'art. 4 della legge 210/92, violazione dell'art. 2 della legge 241/90, violazione dell'art. 3 della legge 241/90 e vizi del procedimento, inosservanza della Direttiva Tecnica del Ministero della Difesa e del Ministero della Sanità del 28/12/1992, inosservanza delle circolari del Ministero della Sanità 900U.S./L.210/AG3/6072 del 14/11/1996 e DPS/XVL210/AG3/20637 del 11/03/1998, difetto di istruttoria, violazione del giusto procedimento, eccesso di potere.

Innanzitutto occorre rilevare l'obbligo per l'amministrazione di concludere il procedimento con un provvedimento esplicito e motivato. Tale obbligo, è un principio generale sancito dall'art. 2 della legge 241/90, e non può considerarsi assolto con la comunicazione di una lettera dove si lascia intendere una archiviazione dell'istanza senza che il procedimento venga adeguatamente istruito sotto il profilo medico legale e giuridico.

L'atto di "archiviazione" è da ritenersi illegittimo, perché nella sostanza è un provvedimento di rigetto della domanda ma non contiene alcuna indicazione sulla impugnabilità, sia in merito alla Autorità competente sia in ordine ai tempi della possibile impugnazione, risultando in tal caso lesa il diritto del richiedente l'indennizzo che non avrebbe chiaro quale tutela gli sarebbe consentita ancora ed in quale forma fare valere le proprie ragioni. Forse presentare una nuova domanda di indennizzo e correre il rischio però di vedersela respingere perché fuori termine? Senza contare che così operando il/la ricorrente verrebbe a perdere tutti gli arretrati.

Del resto, il provvedimento di archiviazione non è contemplato dalla L.210/92 e successive modifiche che prevede un procedimento tipizzato e nell'ambito del quale la discrezionalità attiene solo al merito, l'assenza di alcune fasi del procedimento e la mancanza o la insufficienza del parere della CMO è una chiara violazione di legge. La CMO, in verità, ha omesso completamente il procedimento archiviando l'istanza del ricorrente con la seguente motivazione: *"Le mansioni svolte non rientrano tra quelle dell'operatore sanitario"*. Il difetto di istruttoria rende di per sé del tutto insufficiente la motivazione che non da atto dei presupposti di fatto e delle ragioni giuridiche del provvedimento di archiviazione.

La Commissione , così operando:

- non ha redatto il verbale sugli accertamenti eseguiti e formulato il giudizio diagnostico sulle infermità e sulle lesioni riscontrate (art. 4, comma 2, L.210/92);
- non ha espresso il giudizio di classificazione delle lesioni secondo la tabella A) annessa al DPR 23/12/1978, n.915 (art.4, comma 4, L.210/92);
- non ha, nella sostanza, espresso il parere sul nesso causale tra il contatto con sangue proveniente da soggetti affetti da epatite di tipo C e la menomazione dell'integrità psico-fisica (art. 4, comma 1, L.210/92).

Si osserva, inoltre, una palese contraddizione fra la volontà manifestata con il provvedimento in esame e quella impartita dai Ministeri della Difesa e della Sanità con l'emanazione di specifiche circolari che oltre ad interpretare la legge 210/92 disciplinano l'esercizio di un potere discrezionale, una delle quali, peraltro, emessa da una Autorità (Ministero Difesa) legata da vincolo gerarchico con la CMO.

In concreto si rileva che la incaricata Commissione non ha tenuto conto delle precise disposizioni contenute nella Direttiva Tecnica congiuntamente sottoscritta dal Ministro della Difesa e dal Ministro della Sanità in data 28/12/1992, che ben elenca i compiti demandati a detta Commissione, funzioni che testualmente così si riassumono:

- "Esaminare la pratica ed eventualmente richiedere un supplemento di istruttoria;
- procedere alla visita medica diretta e richiedere eventuali accertamenti strumenti e/o di laboratorio;
- esprimere il giudizio diagnostico sulle infermità o lesioni denunciate;
- formulare le considerazioni che tenendo presente la criteriologia medico-legale permettano la individuazione o meno del rapporto causale tra l'evento di cui alla legge in argomento e la infermità o lesione riscontrata;
- esprimere il giudizio medico legale sulla tempestività della domanda e quello sull'ascrivibilità, o meno, della conseguente menomazione permanente dell'integrità fisica a categoria di tabella A, allegata al DR 834/81."

Tali disposizioni sono state ribadite dalle circolari del Ministero della Sanità n. 900U.S./L.210/AG3/6072 del 14/11/1996 e n. DPS/XVL210/AG3/20637 dell' 11/3/1998. In buona sostanza, nel caso in questione, la CMO non ha svolto tutte le funzioni ad essa espressamente demandate dalla legge e dalle circolari.

Pertanto, sulla base delle deduzioni fin qui svolte, il/la ricorrente ritiene viziato anche il provvedimento emanato dalla [«...⁹»], in quanto trattasi di atto emesso sul presupposto di un parere viziato da errore procedurale.

II Violazione e falsa interpretazione della legge 210/92, violazione della sentenza della Corte Costituzionale n. 476(2002, erronea valutazione dei fatti, disparità di trattamento

L'interpretazione restrittiva adottata dalla C.M.O. in merito alla estensione soggettiva della nozione di operatore sanitario contrasta con la lettera e lo spirito della legge, oltre che della stessa sentenza della Corte Costituzionale e, pertanto, non può essere condivisa. Infatti la dizione "operatore sanitario" è tale da ricomprendere tutti i soggetti che, in ragione del loro rapporto di lavoro in una struttura sanitaria, abbiano occasioni di contatto con sangue e/o emoderivati potenzialmente infetti.

Laddove il legislatore, prima, e la Corte Costituzionale successivamente, avessero voluto limitare il beneficio indennitario ad alcune precise categorie di operatori sanitari, le avrebbe chiaramente individuate evitando di fare ricorso a locuzioni generaliste ed omnicomprensive. In ogni caso, anche a voler prescindere da una più rigorosa interpretazione giuridica occorre rilevare che, nel caso di specie, il/la ricorrente era stato/a adibito/a allo svolgimento di mansioni che comportavano il contatto con materiale infetto.

Questi era infatti assegnato/a al servizio lavanderia dell'ospedale ove era costretto/a, all'epoca, a lavorare in assenza delle cautele minime per evitare il contagio con biancheria ed indumenti infetti. Gli addetti a tale servizio, così come l'istante, maneggiavano ordinariamente biancheria proveniente da ogni reparto, ivi incluso quello di malattie infettive, il più delle volte sporca di sangue e di altri liquidi biologici, senza utilizzare guanti. E ciò nell'ambito dell'espletamento del servizio richiesto dalla struttura sanitaria.

Peraltro, tale assenza di precauzioni minime non può ricadere sul dipendente incolpevolmente danneggiato atteso che all'epoca non erano state emanate dall'Azienda disposizioni di profilassi o linee guida da seguire per evitare contagi virali in generale ne tantomeno quelli da HCV di cui e non era ancora stato individuato l'agente virale.

⁹ [Riportare l'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione \(Regione, ASL\).](#)

A questo proposito si consideri come la Suprema Corte di Cassazione ha precisato che costituisce causa violenta anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinano l'alterazione dell'equilibrio anatomico – fisiologico, sempre che tale azione sia in rapporto con lo svolgimento dell'infezione.

Sempre secondo la Suprema Corte la relativa dimostrazione può essere fornita anche mediante presunzioni semplici che, ad esempio, aiutino a dimostrare l'esistenza della causa violenta quando un soggetto è esposto, rispetto alla restante popolazione, al rischio di contrarre determinati tipi di epatite in misura assai maggiore (cfr. Sent. n. 6899/2004).

Appare evidente come il legislatore, da un lato, e l'interpretazione della Suprema Corte dall'altro, intendano tutelare la figura dell'operatore sanitario *latu sensu*, in ragione della probabilità che questi, più di altri, incorra nel rischio di intercettare, del tutto accidentalmente, una possibile fonte di contagio.

Del resto se così non fosse incorreremmo in una disparità di trattamento tra soggetti che egualmente sono esposti al rischio di contagio da sangue infetto nell'ambito dell'espletamento del servizio con evidente violazione del principio costituzionale di eguaglianza e di ragionevolezza.

[«...¹⁰»],

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e l'annullamento sia dell'atto della CMO di [«...¹¹»] che quello della [«...¹²»],

in ipotesi

- 1) per il riconoscimento dell'epatite di tipo C, quale malattia contratta da/dalla signor/ra.....a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale, nonché, tenuto conto della storia clinica, dei danni patiti (ivi compreso le manifestazioni c.d. extraepatiche quali: [«...¹³»] e delle caratteristiche evolutive della epatite C, che a parere dei sanitari, potrebbero ancor più significativamente incidere sulla futura qualità della vita e sull'aspettativa

¹⁰ Per approfondimenti sulla giurisprudenza in materia riferiti al nesso causale si consiglia di riportare alcuni spunti sviluppati nel precedente ricorso.

¹¹ Riportare la sede della CMO.

¹² Riportare l'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (Regione, ASL).

¹³ Elencare le patologie extraepatiche presenti (rinvio al ricorso precedente).

della stessa, si chiede ammettersi l'ascrivibilità della patologia quantomeno alla VIII categoria della tabella "A" annessa al DPR n.834 del 30/12/1981.

Conseguentemente la stessa insiste affinché venga accolta la domanda presentata in data[«...¹⁴»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In **tesi**

- 2) per il rinvio alla CMO, affinché si instauri il procedimento di cui alla legge 210/92.

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione.

Con osservanza.

[città,data e firma]

¹⁴ Riportare la data della domanda.

CONTAGIO DA SANGUE INFETTO - ARCHIVIAZIONE PER CARENZA DI DOCUMENTAZIONE (operatori sanitari)

Oltre a seguire le indicazioni generali riportate all'inizio di questo capitolo, in questo caso la raccomandata AR va inviata sia al Ministero della Salute che all'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (in alcune Regioni a statuto Ordinario le ASL, in altre le stesse Regioni) Comunque si consiglia di inviare la raccomandata anche a quelle Regioni che hanno delegato le ASL a svolgere queste funzioni.

Trattasi di una fattispecie trattata più volte da ufficio. Nella sostanza alcune CMO, ritenendo la denuncia dell'incidente all'INAIL documento essenziale ai fini dell'istruttoria della pratica hanno proposto l'archiviazione della stessa.

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97 e sentenza n. 476/2002 della Corte Costituzionale, il/la sottoscritto/a
..... nata/o a..... (prov)
il.....e residente in (prov...),
vian.....,

RICORRE AVVERSO

L'atto di archiviazione¹ della Commissione Medica Ospedaliera di[«...²»] del [«...³»] comunicato al/alla ricorrente dalla [«...⁴»] con nota n [«...⁵»] del [«...⁶»], contenente la seguente notifica: [«...⁷»], il quale, trattandosi, nella sostanza, di un vero e proprio diniego e in quanto tale sottoponibile a ricorso gerarchico.

FATTO

Il/la Signor/ra.....in data.....,
operatore sanitario in servizio pressopresentava
domanda per richiedere l'indennizzo previsto dalla legge 210 e sue successive modifiche in quanto permanentemente danneggiato/a, durante il servizio, da contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale.

¹ La CMO ha restituito inevasi i fascicoli alle ASL relativi alle domande presentate da operatori sanitari che avevano subito il contagio durante il servizio perché non dimostrata l'avvenuta denuncia INAIL.

² Riportare la sede della CMO.

³ Riportare la data del provvedimento.

⁴ Riportare l'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (Regione, ASL).

⁵ Riportare il numero del protocollo della lettera.

⁶ Riportare la data della lettera.

⁷ Riportare sinteticamente il contenuto nella lettera di notifica che accompagna la nota della CMO.

Il Presidente della Commissione, ritenendo che le mansioni svolte non rientravano fra quelle dell'operatore sanitario, esaminava la documentazione sanitaria allegata agli atti e redigeva la seguente nota: [«...⁸»].

L'atto di archiviazione della CMO contenente la proposta di archiviazione e il provvedimento della [«...⁴»] sono illegittimi e vanno annullati e o revocati per i seguenti motivi:

DIRITTO

Violazione dell'art. 4 della legge 210/92, violazione dell'art. 2 della legge 241/90, violazione dell'art.3 della legge 241/90 e vizi del procedimento, inosservanza della Direttiva Tecnica del Ministero della Difesa e del Ministero della Sanità del 28/12/1992, inosservanza delle circolari del Ministero della Sanità 900U.S./L.210/AG3/6072 del 14/11/1996 e DPS/XVL210/AG3/20637 del 11/03/1998, difetto di istruttoria, violazione del giusto procedimento, eccesso di potere.

[«...⁹»].

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e l'annullamento sia dell'atto della CMO di [«...¹⁰»] che quello della [«...¹¹»],

in ipotesi

- 1) per il riconoscimento dell'epatite di tipo C, quale malattia contratta da/dalla signor/ra.....a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale, nonché, tenuto conto della storia clinica, dei danni patiti (ivi compreso le manifestazioni c.d. extraepatiche quali: [«...¹²»] e delle caratteristiche evolutive della epatite C, che a parere dei sanitari, potrebbero ancor più significativamente incidere sulla futura qualità della vita e sull'aspettativa della stessa, si chiede ammettersi l'ascrivibilità della patologia quantomeno alla VIII categoria della tabella "A" annessa al DPR n.834 del 30/12/1981.

⁸ Riportare integralmente il contenuto della lettera della CMO.

⁹ Riportare la prima e l'ultima parte del precedente ricorso e, nel merito le considerazioni esposte nel ricorso "nesso causale – operatori sanitari" trattato nelle precedenti pagine.

¹⁰ Riportate la sede della CMO.

¹¹ Riportare l'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (Regione, ASL).

¹² Elencare le patologie extraepatiche presenti (rinvio al ricorso precedente).

Conseguentemente la stessa insiste affinché venga accolta la domanda presentata in data[«...¹³»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In **tesi**

- 2) per il rinvio alla CMO, affinché si instauri il procedimento di cui alla legge 210/92.

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione.

Con osservanza.

[città,data e firma]

¹³ Riportare la data della domanda.

ARCHIVIAZIONE PER CARENZA DI DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE O SUOI DERIVATI

Oltre a seguire le indicazioni generali riportate all'inizio di questo capitolo, in questo caso la raccomandata AR va inviata sia al Ministero della Salute che all'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (in alcune Regioni a statuto Ordinario le ASL, in altre le stesse Regioni) Comunque si consiglia di inviare la raccomandata anche a quelle Regioni che hanno delegato le ASL a svolgere queste funzioni. Trattasi di una fattispecie trattata da questo ufficio solo poche volte. Nella sostanza alcune CMO, ritenendo non sufficientemente documentato l'evento emotrasfusionale hanno restituito in vaso il fascicolo ASL con proposta di archiviazione della stesso.

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97 e sentenza n. 476/2002 della Corte Costituzionale, il/la sottoscritto/a
..... nata/o a..... (prov)
il.....e residente in (prov...),
vian.....,

RICORRE AVVERSO

L'atto di archiviazione¹ della Commissione Medica Ospedaliera di[«...²»] del [«...³»] comunicato al/alla ricorrente dalla [«...⁴»] con nota n [«...⁵»] del [«...⁶»], contenente la seguente notifica: [«...⁷»], il quale, trattandosi, nella sostanza, di un vero e proprio diniego e in quanto tale sottoponibile a ricorso gerarchico.

FATTO

Il/la Signor/ra, in data....., presentava domanda per richiedere l'indennizzo previsto dalla legge 210 e sue successive modifiche in quanto permanente danneggiato/a, durante il servizio, da contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale.

Il Presidente della Commissione esaminava la documentazione sanitaria allegata agli atti e redigeva la seguente nota: [«...⁸»].

¹ La CMO ha restituito inevasi i fascicoli alle ASL ritenendo non sufficientemente dimostrato l'evento emotrasfusionale.

² Riportare la sede della CMO.

³ Riportare la data del provvedimento.

⁴ Riportare l'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (Regione, ASL).

⁵ Riportare il numero del protocollo della lettera.

⁶ Riportare la data della lettera.

⁷ Riportare sinteticamente il contenuto nella lettera di notifica che accompagna la nota della CMO.

⁸ Riportare integralmente il contenuto della lettera della CMO.

L'atto di archiviazione della CMO contenente la proposta di archiviazione e il provvedimento della [«...⁴»] sono illegittimi e vanno annullati e o revocati per i seguenti motivi:

DIRITTO

Violazione dell'art. 4 della legge 210/92, violazione dell'art. 2 della legge 241/90, violazione dell'art.3 della legge 241/90 e vizi del procedimento, inosservanza della Direttiva Tecnica del Ministero della Difesa e del Ministero della Sanità del 28/12/1992, inosservanza delle circolari del Ministero della Sanità 900U.S./L.210/AG3/6072 del 14/11/1996 e DPS/XVL210/AG3/20637 del 11/03/1998, difetto di istruttoria, violazione del giusto procedimento, eccesso di potere.

[«...⁹»].

Per quanto attiene l'asserita mancanza di documentazione che possa attestare la effettiva somministrazione di sangue o suoi derivati il/la ricorrente ritiene dover così replicare:

- La domanda è corredata dalla documentazione richiesta. Infatti nel diario clinico del [«...¹⁰»] risultano annotazioni [«...¹¹»] annotazioni relative alla somministrazione di un plasmaderivato [«...¹²»], ovviamente di origine umana e come tale, secondo la consolidata letteratura in materia, possibile veicolo di infezione virale HCV.
- L'evenienza che la documentazione clinica del/della ricorrente presenti alcune lacune e che sia in corso la ricerca di documentazione probabilmente smarrita dall'Ospedale di [«...¹³»] è un fatto non imputabile certamente all'istante ed in ogni caso non inficia la fondatezza della domanda dal momento che i documenti allegati provano adeguatamente ed ampiamente il nesso causale tra la infermità e la somministrazione di emoderivati.
- Esaminando attentamente la cartella clinica avanti indicata possiamo ancora notare che per N. [«...¹⁴»] volte, come si vede in date diverse, il

⁹ Riportare la prima parte del ricorso "operatore non sanitario" trattato nelle precedenti pagine.

¹⁰ Riportare il nome dell'ospedale, del reparto e le date di ingresso e dimissioni così come rilevabili dalla cartella clinica.

¹¹ Riportare il numero delle annotazioni e le rispettive date rilevabili dal diario clinico.

¹² Riportare il nome commerciale dell'emoderivato.

¹³ indicare il nome dell'Ospedale.

¹⁴ Riportare il numero delle annotazioni e le rispettive date (se presenti anche le ore)

reparto avanti citato ha richiesto al laboratorio di analisi dello stesso ospedale (e da questo debitamente effettuate) la prove di compatibilità con emazie delle quali risultano indicati i rispettivi numeri.

Come si può leggere nel diario clinico i valori dell'emoglobina, ovviamente espressi in grammi, refertati prima dell'intervento risultavano: [«...¹⁵»], mentre quelli effettuati dopo l'intervento [«...¹⁶»] registravano: [«...¹⁵»] a dimostrazione che durante e subito dopo l'intervento chirurgico complicato da "sanguinamento durante...", come riportato in cartella clinica" il/la ricorrente ha perso più di 3 grammi di emoglobina, corrispondenti ad oltre 1 litro di sangue.

- Secondo le conoscenze scientifiche al momento note si può certamente affermare che in assenza di un'adeguata terapia di supporto con ferro (c.d. marziale) e di terapia diuretica, l'aumento di circa un grammo di emoglobina registrati [«...¹⁷»] non può che essere dovuto ad un evento trasfusionale. Occorre altresì precisare che il valore di 8 grammi¹⁸ di emoglobina, per i protocolli in uso all'epoca, che prendevano in considerazione valori di riferimento più bassi di quelli attuali, dava piena e corretta indicazione a trasfondere;
- Anche nell'anamnesi riportata nella cartella clinica relativa ad un ricovero effettuato [«...¹⁹»], documentazione anch'essa allegata alla domanda di indennizzo, compilata in epoca non certamente "sospetta" rispetto alla L. 210/92, si legge un preciso riferimento all'evento trasfusionale a suo tempo subito (... "è stata sottoposta ad emotrasfusione il.....").

¹⁵ Riportare il valore dell'emoglobina e la data del referto.

¹⁶ Riportare la data dell'intervento.

¹⁷ Riportare la prima e l'ultima data dei prelievi riferiti all'emoglobina.

¹⁸ Protocolli attuali: "I valori di emoglobina possono definire una linea guida all'indicazione di trasfusione con globuli rossi concentrati:

1) se l'Hb è >10 gr/dl la trasfusione è raramente necessaria;

2) se l'Hb è <7 gr/dl la trasfusione è necessaria;

3) se l'Hb è compresa tra 7 e 10 gr/dl l'indicazione alla trasfusione deve essere considerata in rapporto all'età del paziente, all'equilibrio emodinamico, alla presenza di patologie cardiache, polmonari e vascolari"

(Trasfusione di sangue e suoi derivati. Implicazioni medico legali e sociali – F. Dubolino, G.L. Marella, M. Apostol .

¹⁹ Riportare il nome dell'ospedale, il reparto e le date di ingresso e dimissioni

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e l'annullamento sia dell'atto della CMO di [«....²⁰»] che quello della [«...²¹»],

in ipotesi

- 1) per il riconoscimento dell'epatite di tipo C, quale malattia contratta da/dalla signor/ra.....a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale, nonché, tenuto conto della storia clinica, dei danni patiti (ivi compreso le manifestazioni c.d. extraepatiche quali: [«...²²»] e delle caratteristiche evolutive della epatite C, che a parere dei sanitari, potrebbero ancor più significativamente incidere sulla futura qualità della vita e sull'aspettativa della stessa, si chiede ammettersi l'ascrivibilità della patologia quantomeno alla VIII categoria della tabella "A" annessa al DPR n.834 del 30/12/1981. Conseguentemente la stessa insiste affinché venga accolta la domanda presentata in data[«...²³»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In tesi

- 2) per il rinvio alla CMO, affinché si instauri il procedimento di cui alla legge 210/92.

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione.

Con osservanza.

[città,data e firma]

²⁰ Riportare la sede della CMO

²¹ Riportare l'Ente che ha notificato il provvedimento di archiviazione (Regione, ASL).

²² Elencare le patologie extraepatiche presenti (rinvio al ricorso riportato nelle precedenti pagine precedente.

²³ Riportare la data della domanda.

NESSO CAUSALE TRA INFEZIONE E DECESSO

Oltre a seguire le indicazioni generali riportate all'inizio di questo capitolo, in questo caso si raccomanda di utilizzare, gli spunti (in quanto adattabili al caso che interessa) presenti in questo schema di ricorso **solo se non si è nelle condizioni di acquisire un parere medico legale entro i termini previsti per la spedizione del ricorso** (30 giorni), in quanto le variabili cliniche, in assenza di un esame autoptico, sono tante e tali che vanno sempre analizzate con l'aiuto di uno specialista.

In tal caso **si consiglia, comunque, di integrare il ricorso, entro tre mesi dalla spedizione dello stesso, con una perizia medico legale.**

RICORSO GERARCHICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.5, comma 1 della Legge 25/2/1992, n.210 e successive modificazioni apportate con legge n. 238/97, il/la sottoscritto/a
.....nata/o a..... (prov) il.....
e residente in(prov....), via.....n.....,
in qualità di erede [«...¹»] di.....,
nato a..... (prov.....) il.....e deceduto
il.....

RICORRE AVVERSO

Il parere della Commissione Medica Ospedaliera di.....n.
del.....comunicata al/alla ricorrente dalla.....
con nota n..... del, contenente il seguente giudizio: [«...²»]

FATTO

Il/la Signor/ra.....in data.....,
presentava domanda per ottenere l'assegno una tantum di cui all'art.2, comma 3 della legge 25/2/1992, n.210, come modificato dall'art. 1, comma 3 della legge 25/7/1997, n.238 ritenendo che il decesso del familiare sia derivato dalle complicanze insorte a causa dell'epatite post-trasfusionale.

La commissione esaminava la documentazione sanitaria allegata agli atti e redigeva il giudizio diagnostico di [«...³»].

La Commissione poi svolgeva le proprie considerazioni medico legali : [«...⁴»].

¹ Riportare fra parentesi il grado di parentela.

² Riportare il giudizio sintetico contenuto nella lettera di notifica che accompagna il processo verbale della CMO.

³ Riportare giudizio diagnostico del verbale della CMO.

⁴ Trascrivere l'intero riquadro delle considerazioni medico legali.

La vicenda sanitaria del/della signor/ra, così come ricostruita dalla CMO non è del tutto esatta in quanto fondata su presupposti e valutazioni incomplete come di seguito meglio specificato.

Si leggono infatti nella parte anamnestica e nel riquadro dell'esame obiettivo del processo verbale i seguenti riferimenti temporali: [«...⁵»].

Di certo vi è che la C.M.O. si è prevalentemente limitata a registrare la diagnosi di morte [«⁶»] senza analizzare a fondo la grave condizione patologica, coesistente con l'epatite cronica HCV correlata ad evoluzione cirrogena, omettendo di supportare il proprio parere con idonee considerazioni medico-legali in ordine al ruolo concausale svolto dalla stessa infezione, certamente efficiente nel determinare la morte del familiare del/della ricorrente.

Il parere della CMO è da ritenersi illegittimo per i seguenti motivi:

DIRITTO

Violazione ed errata interpretazione della legge 210/92, erronea valutazione dei fatti, eccesso di potere.

[«...⁷»

[«...⁸»

Dall'attenta analisi della documentazione clinica avanti elencata risulta evidente l'incongruenza delle conclusioni a cui è pervenuta la Commissione Medico Ospedaliera, atteso che l'evento morte è da porre in relazione causale con la malattia contratta a seguito dell'infezione epatica procurata dalle trasfusioni a suo tempo somministrate. acquisita

Qualora non si voglia riconoscere l'epatite cronica attiva da virus C post-trasfusionale in avanzata evoluzione cirrogena quale causa diretta dell'evento di morte, la stessa configura comunque una importante concausa che ha determinato l'anticipata cessazione della vita.

Le cause del decesso del familiare del/della ricorrente, a differenza di quanto certificato dal medico necroscopo, sono da individuarsi nel sinergismo di due gravi processi patologici. Il [«...⁹»] e la, comunque, grave patologia epatica.

⁵ Elencare tutti i riferimenti clinici citati nella parte anamnestica del verbale della CMO.

⁶ Riportare la diagnosi di morte (dal certificato di morte e/o dalla cartella clinica se il familiare è deceduto in ospedale).

⁷ Riportare la storia clinica del *de cuius* dell'ultimo anno antecedente il decesso.

⁸ Come già detto nella premessa, si ricorda di utilizzare con molta attenzione la fattispecie di seguito riportata non automaticamente riproducibile.

⁹ Riportare l'altra (o altre) patologie.

Non si può infatti negare che il grave decadimento delle condizioni generali conseguente alla insufficienza epatica abbia avuto un importante ruolo nella evoluzione delle condizioni di salute del/della signor/ra....., facendo precipitare il suo già precario equilibrio, favorendo così il peggioramento delle condizioni cliniche ed il successivo decesso.

Il contagio a suo tempo subito, pertanto, non può considerarsi mera occasione, atteso che, nel caso di lesione del bene vita, il nesso di causalità va esaminato non solo tra fatto ed evento letale, ma anche tra fatto ed accelerazione dell'evento morte, costituendo l'elemento tempo una componente essenziale del bene vita.

Comunque il mancato riconoscimento dell'assegno una tantum legittimamente richiesto dal/dalla ricorrente si pone in palese contrasto con la *ratio legis*.

L'indennizzo di cui alla Legge 210/92, infatti, non ha natura risarcitoria, bensì assistenziale, risiedendo nel dovere di solidarietà della collettività nazionale, riconducibile agli artt. 2 e 32 della Costituzione.

Ne deriva che riconosciuto il nesso causale tra le trasfusioni con sangue infetto e l'infezione epatica, così come si evince dal verbale a suo tempo redatto dalla C.M.O., i familiari del/della deceduto/a hanno diritto all'equo ristoro del danno anche per il semplice fatto obiettivo ed incolpevole di avere subito un pregiudizio inevitabile a cui hanno dovuto far fronte mediante cure onerose e continue a favore del *de cuius*, che vanno quindi indennizzate.

È evidente, pertanto, che qualora la C.M.O. avesse rappresentato correttamente la vicenda ed avesse potuto valutarla ed istruirla adeguatamente facendo proprie le conoscenze medico scientifiche raggiunte in materia sarebbe pervenuta a delle considerazioni medico-legali completamente diverse, riconoscendo il nesso causale tra l'evento *mortis* e la malattia epatica equamente ascrivibile alla prima categoria della tabella A annessa al DPR n. 834 del 30/12/1981.

TUTTO CIÒ PREMESSO

NEL MERITO

Si conclude per l'accoglimento del ricorso e la revoca e/o modifica e/o annullamento del parere della CMO di [«...¹⁰ »].

in **ipotesi**

¹⁰ [Riportate la sede della CMO](#)

- 1) per il riconoscimento del nesso di causa fra l'epatite cronica ad avanzata evoluzione cirrogena contratta a seguito di emotrasfusioni subite e il decesso del/della signor/ra
Conseguentemente lo/la stesso/a insiste affinché venga accolta la richiesta dell'assegno *“una tantum”* avanzata con domanda del [«...¹¹»] con ogni consequenziale provvedimento anche in ordine alle, eventuali, spese di giustizia.

In **tesi**

- 2) per il rinvio alla CMO, ordinando che si proceda ad una nuova valutazione, tenuto conto dei fatti precedentemente non esaminati.

NEL RITO

Ci si riserva di produrre entro novanta giorni ulteriore documentazione.

Con osservanza.

[città, data e firma]

¹¹ Trascrivere la data della domanda

6 DECISIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Nelle pagine seguenti riteniamo utile riportare alcune fra le più ricorrenti decisioni adottate dal Ministero della Salute sui ricorsi amministrativi redatti da questo Ufficio per conto di cittadini e loro associazioni.

Tali decisioni possono anche non essere condivisibili ma riteniamo opportuno divulgarle affinché chiunque possa valutare con la massima attenzione le possibilità di successo sia di un ricorso gerarchico che, soprattutto, di una eventuale azione legale.

Possiamo, comunque, affermare che l'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute, in questi anni, ha avuto il pregio di riportare uniformità di trattamento nei confronti di cittadini (con analoghe situazioni cliniche e giuridiche) nelle più differenziate decisioni, per lo più restrittive, adottate dalle varie CMO di tutta Italia.

Dalla nostra casistica abbiamo registrato con piacere che, in linea con lo spirito originario della legge 210/92, sono stati spesso accolti dal Ministero della Salute indirizzi della più avanzata dottrina medico-legale sviluppati anche da questo Ufficio in sede di ricorso gerarchico.

6.1	NESSO CAUSALE	133
-	MANCANZA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA TRA L'EVENTO TRASFUSIONALE E IL PRIMO ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA	133
-	PERIODO DI TEMPO INTERCORSO TRA LE TRASFUSIONI E LA COMPARSA DELL'INFEZIONE	133
-	SOMMINISTRAZIONE IMMUNOGLOBULINE ANTI-TETANO	136
-	SOMMINISTRAZIONE PROVERTIN	137
-	SOMMINISTRAZIONE PROTROMPLEX	137
-	SOMMINISTRAZIONE KONAKION	137
-	SOMMINISTRAZIONE ALBUMINA	138
6.2	TERMINE TEMPORALE	139
-	DOMANDE PRESENTATE PRIMA DEL 3 LUGLIO 1999	139
-	DOMANDE PRESENTATE DOPO IL 3 LUGLIO 1999	139
6.3	ASCRIVIBILITÀ TABELLARE - MANIFESTAZIONI EXTRAEPATICHE	141
6.4	ISTANZE DI RIESAME – RINVIO FASCICOLO ALLE C.M.O	142
6.5	TRASFUSIONI EFFETTUATE ALL'ESTERO	144

6. 1 NESSO CAUSALE

- ***Mancanza di documentazione clinica tra l'evento trasfusionale e il primo accertamento della malattia e***
- ***lungo periodo di tempo intercorso tra le trasfusioni e la comparsa dell'infezione.***

Per illustrare la questione riguardante il nesso causale e temporale legato al lungo silenzio clinico e strumentale dell'infezione da virus di tipo C abbiamo riportato due decisioni che pur con diverse formulazioni, rappresentano le più ricorrenti motivazioni adottate dalle CMO per argomentare il mancato riconoscimento del nesso causale di questa fattispecie.

- “Considerato che nel periodo intercorso tra le emotrasfusioni ed il riscontro di positività all'HCV Ab, non vi è alcuna documentazione clinica comprovante la continuità temporale della patologia epatica, non si può ravvisare nesso etiopatogenetico e temporale tra emotrasfusioni subite ed infermità di cui al giudizio diagnostico”.
- “Considerato il lungo intervallo intercorso tra l'evento trasfusionale e il primo riscontro di positività per HCV Ab non si può ravvisare nesso etiopatogenetico e temporale tra le trasfusioni subite e l'infermità contratta”.

Il Ministero della Salute, pur con diverse sfumature, esaminati i ricorsi proposti da questo Ufficio, con propri decreti pressoché conformi nel tempo, ha così positivamente risposto:

- “L'assenza di documentazione clinica tesa a suffragare la continuità della patologia contratta, non rappresenta criterio utile per escludere il nesso causale, considerate le caratteristiche della malattia indotta dall'agente virale, il cui decorso sul piano clinico può passare obsoleto, non accompagnato dunque, da sintomi specifici tali da indurre il soggetto affetto a sottoporsi ad esami approfonditi, mirati alla dimostrazione della causa, il cui riscontro obiettivo, peraltro, non poteva essere conseguito prima degli anni '90. Molto spesso, in questi casi, è un rilievo patologico occasionale che sollecita l'approfondimento diagnostico.
Pertanto si ritiene di non poter escludere il nesso causale tra il trattamento trasfusionale ricevuto dal ricorrente ed infezione da HCV. Il ricorso, pertanto, può essere accolto”.
- “Per quanto attiene il nesso causale è possibile ammettere che il.....abbia contratto il virus C con le trasfusioni ricevute nel 1974 per considerazioni di ordine epidemiologico e clinico. In primo luogo va rilevato che all'epoca era presente un altissimo rischio di contrarre i virus epatici per via trasfusionale, considerata la situazione epidemiologica di quel momento e tenuto conto che non erano disponibili test per l'epatite C, ancora non inquadrata nosograficamente.
Ricordiamo brevemente, infatti, che recenti studi compiuti sulla popolazione italiana hanno mostrato che nel nostro paese la prevalenza degli anti HCV positivi è intorno al 3% nei soggetti adulti al di sotto dei 50 anni, ma aumenta al 12-40% nei soggetti di età superiore, con gradiente Nord-Sud.
Tale quadro è suggestivo di un effetto coorte, testimonianza di un elevato livello di endemia nelle 2-4 decadi precedenti (atti del V seminario di aggiornamento sull'epatite C – Istituto Superiore di sanità – Roma 20-21 dicembre 2000).
In secondo luogo studi consolidati relativi al carattere evolutivo di questa affezione hanno dimostrato che soltanto in una piccola percentuale al contagio segue un'epatite acuta, mentre nella maggioranza dei casi l'infezione primaria decorre in maniera asintomatica per i

primi due decenni. Dei soggetti contagiati da virus C il 20-30% va incontro a guarigione, mentre nel 70-80% il virus permane nell'organismo ospite.

Delle infezioni croniche in circa i 4/5 dei casi compaiono manifestazioni funzionali epatiche (epatite cronica attiva, epatite cronica persistente, cirrosi epatica) che vengono spesso scoperte, come nel caso in esame, a distanza di molti anni dall'evento dannoso.

Inoltre diversamente da quanto avviene nell'epatite da virus B e da virus Delta, vi è spesso una discrepanza tra l'esiguità dei segni clinici e biochimici e l'entità del danno istologico da virus C. L'infezione, spesso, è identificata solo quando le lesioni anatomopatologiche a carico dell'organo epatico si sono già instaurate.

In conclusione si ritiene possibile ammettere il nesso causale tra le trasfusioni e l'infermità epatica.

Il ricorso può essere accolto".

- " Il lungo periodo intercorso tra l'evento dannoso e la riscontrata positività per l'anti HCV, nulla osta alla soddisfazione del criterio cronologico, poiché nella storia naturale dell'infezione da HCV si ammette, in dottrina, oltre all'esistenza di casi del tutto asintomatici, la possibilità, tra l'infezione dell'organismo e lo sviluppo di affezione epatica, un intervallo anche di alcune decine di anni.
- Il ricorso può essere accolto".

Si segnala anche una analoga decisione adottata per l'HBV

- "Considerato che la terapia trasfusionale è stata effettuata dalla.....nel 1960, epoca in cui non erano ancora stati introdotti test idonei all'identificazione del virus B in considerazione della positività della ricerca degli anticorpi anti HBS" (1996)", indice di risposta immunologica al contatto con il virus epatico B, questo Ufficio Medico legale esprime il parere che sia possibile ammettere l'esistenza di nesso causale tra l'evento dannoso trasfusione e l'infermità diagnosticata"(decreto 2002).

Riportiamo anche la sintesi della (positiva) risposta del Ministero della Salute ad un ricorso redatto da questo Ufficio riguardante l'infezione da HIV, a seguito del mancato riconoscimento da parte della CMO del nesso causale e della ascrivibilità tabellare.

- Per quanto attiene il nesso causale tra le trasfusioni e l'infezione HIV di cui è portatore il ricorrente, si ritiene di poterlo ammettere per criterio clinico e cronologico. Infatti tenuto conto della storia clinica del soggetto, dalla quale si evidenziano documentate, ripetute trasfusioni per intervento.....nel.....1979, epoca in cui un causale reperto nell'ottobre 1997 si sieropositività anti HIV e una sindrome di immunodeficienza acquisita diagnosticata pressonel 2002, in fase di compenso clinico, questo Ufficio ritiene che il caso in esame sia da inquadrare come un "*long term non progressor*", cioè un paziente con la malattia stabile a lungo termine . Infatti, in base ai risultati di un recente studio si stima che il 13% degli uomini che sono stati infettati da giovani possono non sviluppare l'AIDS per più di 20 anni. Sono individui che si sono infettati da HIV da lungo tempo (circa 10 o più anni) il cui numero di cellule TCD4+ è normale, ed è rimasto stabile nel tempo (decreto 2003).

Nella tabella che segue sono riportati i riferimenti temporali, clinici e strumentali, utili ai fini di una corretta analisi medico legale, che ben evidenziano il costante orientamento espresso nel tempo da parte dell'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute, riguardo il silenzio clinico e strumentale riconosciuto all'epatite di tipo C, circostanza questa, lo ricordiamo, che ha consentito di riportare una certa omogeneità nelle difformi decisioni assunte dalle varie C.M.O.

Trasfusioni	Primo rilievo di ipertransamemia	Prima positività Antigene Australia (HBV)	Prima diagnosi NAMB (epatite non A, non B)	Primo referto anti HCV	Primo referto HCV-RNA	Prima diagnosi di epatite da HCV	Decisione negativa della C.M.O.	Decisione positiva del Ministero Salute
1960	1964	-	-	1995	1995	-	1998	2002
1962	-	-	-	1991	1995	-	1998	2001
1964	1980	-	1981	1994	-	1994	1997	2002
1964	1995	-	-	1997	-	-	2003	2005
1964	-	-	-	1991	2000	-	2005	2006
1965	-	-	-	1999	-	1999	2000	2004
1966	-	-	-	1996	1996	-	1999	2000
1970	-	-	1983	1996	-	-	1998	2002
1971	-	-	-	1991	-	-	1998	2001
1972	1996	-	-	1998	1998	-	2001	2004
1973	-	-	-	1995	-	-	1999	2000
1973	-	-	-	1992	-	1998	1998	2001
1973	-	-	-	1996	-	-	2001	2003
1974	-	-	-	1991	-	1991	2000	2003
1976	-	-	-	1991	1996	-	1998	2001
1976	1996	-	-	1997	-	-	1998	2002
1977	-	1987	-	1992	-	-	1998	2002
1977	-	-	-	1999	-	2000	2001	2003
1977	-	-	-	2000	-	-	2001	2003
1978	-	-	-	1998	-	1999	2001	2004
1979	-	1981	-	1992	-	-	1997	2002
1980	-	-	-	1994	-	-	1998	2000
1980	1982	-	-	1991	-	-	2001	2003
1981	-	-	-	1995	-	1997	2000	2003
1981	-	-	-	1997	1997	-	2001	2004
1981	-	-	-	1994	-	-	2002	2006
1982	-	1983	-	1993	-	1997	1998	2002
1982	1989	-	-	2001	-	-	2003	2006
1984	-	1987	-	1995	-	-	1998	2002
1984	-	-	-	1994	-	-	1997	2001
1984	-	-	-	1996	-	-	1998	2002
1984	-	-	-	1996	-	-	1999	2003
1985	-	-	-	1993	-	-	1996	1997
1985	-	-	-	1993	-	-	1998	2002
1988	-	-	-	1998	-	1998	2002	2005

Somministrazione immunoglobuline anti-tetano¹

Riportiamo una decisione adottata dal Ministero della Salute nel 2003 e che rappresenta, almeno per quanto attiene ai numerosi ricorsi predisposti da questo Ufficio, un costante orientamento dello stesso. Per un approfondimento sulla complessa questione si fa rinvio allo schema di ricorso riprodotto al capitolo 5.

- “Nel merito lo scrivente Ufficio per quanto attiene il nesso causale è del parere che non si possa ammettere che l'epatopatia HCV correlata, diagnosticata all'istante, deve ricollegarsi al trattamento (profilassi antitetanica) a base di immunoglobulina per le seguenti motivazioni.

Mentre studi consolidati nella Letteratura Internazionale hanno dimostrato che le immunoglobuline somministrate per via endovenosa hanno potuto, in alcuni casi, trasmettere il virus C, al contrario, nelle stime dell'Istituto Superiore di Sanità che fanno riferimento al rilascio di circa tre milioni di dosi nel siero profilassi antitetanica per adulto praticata per via intramuscolare, non vi è rilevanza statistica di malattia epatica nei riceventi immunoglobuline antitetaniche intramuscolo.

Gli esperti dell'Istituto hanno fornito di ciò una spiegazione ipotizzando che i bassi dosaggi, la via di somministrazione e l'occasionalità della stessa, non abbiano un ruolo significativo riguardo al rischio di trasmissione da HCV tramite immunoglobuline intramuscolo, non venendo raggiunta la concentrazione di virus (carica virale) sufficiente a provocare l'infezione.

Inoltre anche un recente lavoro (Hepatology – Jan 99) pubblicato dal Prof. Marcello Piazza, Direttore dell'Istituto di Malattie Infettive dell'Università di Napoli, ha evidenziato la sufficiente sicurezza per via intramuscolare, con riferimento ai dati epidemiologici degli ultimi 50 anni ed alle dichiarazioni del Centro per il Controllo delle malattie (CDC) di Atlanta e dell'O.M.S.”.

1 Con sentenza n. 895/02 del 14-28 novembre 2001 la Corte di Appello di Palermo confermava la sentenza con la quale il Tribunale della stessa città aveva respinto la domanda per ottenere l'indennizzo ex legge 210/92 per un'epatite HCV presentata in base alla somministrazione di immunoglobuline antitetaniche avvenuta nel 1993. I giudici di secondo grado osservano che la fattispecie prospettata non rientrava in alcuna delle ipotesi per le quali l'art.1 della legge 210 prevede l'indennizzo.

La Cassazione Civile, Sez. Lavoro, con insolita e, per quanto ci risulta, unica sentenza nel suo genere (n.12946 del 16.06.2005), ha rigettato il ricorso del cittadino interessato escludendo che la fattispecie rientri fra le ipotesi dell'art. 1 della legge 210.

In particolare la Corte ha rilevato che il titolo della legge (“Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati” non può valere ed estendere la tutela al di là delle ipotesi specificatamente descritte nei primi tre commi dell'art. 1:

- soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie,
- soggetti danneggiati da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati,
- operatori sanitari che siano venuti a contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV,
- il terzo comma estende i benefici previsti dalla legge a coloro che presentino danni da epatiti post-trasfusionali.

Pertanto, il caso del soggetto che assuma di avere contratto epatite C a causa della somministrazione di siero antitetanico, non rientra, a parere della Corte di Cassazione, in alcuna delle tre ipotesi previste dai citati tre commi, e di conseguenza non è estensibile la tutela ai contagiati da infezione HCV a seguito della somministrazione di emoderivati.

Su questa sentenza ci aspettiamo la produzione di numerosa (e ci auguriamo) contraria dottrina.

Somministrazione di Provertin

Riguardo questo emoderivato riportiamo la seguente decisione con la quale l'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute nel 2002 ha accolto un ricorso (limitatamente al nesso causale) redatto dall'Ufficio del Difensore Civico.

- “Per quanto attiene la somministrazione di Provertin, specialità medicinale a base di fattore VII, si è ritenuto di non procedere ad alcuna indagine in merito, essendo tale intervento terapeutico avvenuto diversi anni prima delle iniziali conoscenze scientifiche che potevano permettere l'identificazione ed il controllo dell'antigene virale HCV nei processi di fabbricazione dei fattori della coagulazione, sia a livello delle donazioni utilizzate che nei procedimenti di inattivazione virale eseguiti nel corso degli stessi.
Al riguardo giova ricordare che risale al 1988, come dettagliatamente circostanziato dal Consiglio Superiore di Sanità nelle sedute dell'epoca, l'introduzione del metodo di inattivazione virale al calore umido nel procedimento di fabbricazione dei suddetti fattori, che appunto offriva, per le conoscenze del momento, le più adeguate garanzie di controllo del virus allora noto come non A non B, poi identificato come virus C.
Ciò posto, considerato che la somministrazione endovenosa di fattore VII avvenuta nell'ottobre 1984, in epoca, cioè antecedente le conoscenze scientifiche che potevano permettere l'identificazione ed il controllo dell'agente virale HCV nei procedimenti di fabbricazione dei fattori della coagulazione, e visto che il...../1995 è stata riscontrata positività degli anticorpi anti HCV, questo Ufficio Medico Legale esprime il parere che, per criterio clinico e cronologico, sia possibile ammettere l'esistenza di nesso causale tra l'evento dannoso . somministrazione di emoderivati, nel caso in specie rappresentato dalla specialità medicinale Provertin a base di Fattore VII e l'infermità diagnosticata”. (decreto 2002)

Somministrazione di Protromplex

Anche per questo emoderivato si riporta la sintesi della risposta dell'Ufficio Medico legale del Ministero della Salute ad un ricorso accolto (limitatamente al riconoscimento del nesso causale) redatto dall'Ufficio del Difensore civico questo Ufficio.

- “...Questo Ufficio.....ritiene che possa essere ammesso il nesso causale tra l'infezione da HCV e.....l'infusione di due fiale di Protromplex ricevute dal ricorrente nel corso di due ricoveri del....1981 e1982.
Infatti la letteratura scientifica, ammette la possibilità di trasmissione dell'infezione HCV, a seguito della somministrazione di Protromplex (complesso protrombinico umano), poiché il prodotto è stato ottenuto da pool di donatori ed in epoca precedente all'individuazione dei primi test di laboratorio specifici che permettono l'esclusione di sangue infetto (decreto 2004).

Somministrazione di Konakion

Di seguito riportiamo un'altra decisione dell'Ufficio Medico Legale osservata nella trattazione di una pratica.

- “...si ritiene che sia possibile ammettere l'esistenza di nesso causale tra la somministrazione di emoderivati e l'epatite cronica correlata..” (decreto 2001).

Somministrazione di albumina

Su questo prodotto, almeno nelle pratiche trattate da questo Ufficio¹, l'Ufficio Medico legale del Ministero della Salute ha espresso sempre il seguente orientamento:

- In merito all'albumina umana questo Ufficio ritiene, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, che la stessa non possa rappresentare veicolo di trasmissione virale visto quanto espresso sull'argomento dall'Istituto Superiore di sanità, con lettera del 5.10.1995. Con la predetta nota, infatti l'ISSS ha affermato che il "trattamento a calore in soluzione acquosa a 60° C.per 10h (pasteurizzazione), utilizzato nel procedimento di fabbricazione dell'albumina umana, ha finora garantito la sicurezza da trasmissione virale"².

¹ Si precisa che questo Ufficio non ha mai predisposto domande contenute come unico elemento potenzialmente infettante le albumine

² *"Nel caso dell'albumina umana, i trattamenti virucidi utilizzati sono di natura meccanica (filtraggio). Tuttavia, poiché l'esposizione a temperature troppo elevate farebbe decadere la presenza di proteine nel derivato vanificandone, di fatto, l'efficacia, tale trattamento non risulta essere risolutivo ai fini della neutralizzazione dei virus epatici (HBV ed HCV), mentre lo è per l'HIV.*

Non va inoltre sottaciuta la circostanza che l'albumina umana utilizzata in Italia è per la maggior parte importata ed i controlli sui lotti provenienti dall'estero sono tutt'altro che capillari, per evidenti ragioni di costo" (Giuseppe Moretti, responsabile U.O. Legge 210/92 A.S.L. RM B – "Studio sulla legge 25 febbraio 1992,n. 210 – Osservazioni, Considerazioni" – Roma gennaio 2003.Roma).

6.2 TERMINE TEMPORALE

▪ **domande presentate prima del 3 luglio 1999**

Riportiamo una delle tante note dell'Ufficio VIII del Ministero della Salute, con le quali nell'esaminare i ricorsi presentati a seguito di decisioni negative riguardo la tempestività delle domande comunicava agli interessati l'accoglimento dei ricorsi essendo cessata la materia del contendere a seguito della sentenza della Corte di Cassazione n. 6130/2001.

“... La legge 25 febbraio 1992, n.210, nell'originaria formulazione, non prevedeva un termine per la presentazione delle domande per epatiti post-trasfusionali, stabilendo al contrario che le domande di indennizzo per danni da vaccinazione obbligatoria e da HIV dovevano essere inoltrate entro il termine perentorio rispettivamente di tre e 10 anni,dalla conoscenza del danno.

Il Ministro della Sanità pro-tempore, con circolare interpretativa n. 500.VIII/AG.3/627bis del 10 aprile 1992, ha esteso, sulla base di considerazioni di carattere medico-legale, il termine triennale previsto per i danni da vaccinazione anche alle domande di indennizzo presentate per danni irreversibili da epatite post-trasfusionale.

Soltanto con D.L. 1 luglio 1996, n.344, convertito con Legge 641/96, è stato espressamente previsto il termine di decadenza triennale per la presentazione delle domande di indennizzo per danni da epatite post-trasfusionale.

Recentemente la Corte di Cassazione, con sentenza n. 6130 del 27/4/2001, ha stabilito che il termine di decadenza stabilito dall'art. 3 della legge per i danni da vaccinazione non si applica ai casi di epatiti post-trasfusionali, nella considerazione che le norme in materia di decadenza hanno carattere eccezionale e non sono applicabili in via analogica.

Per tali motivi, questa Amministrazione ha ritenuto necessario riesaminare l'intera questione della tempestività acquisendo in merito il parere dell'Ufficio Legislativo di Questo Ministero.

Quanto sopra premesso, l'istanza di indennizzo presentata dalla S.V. è da ritenersi tempestiva”

▪ **domande presentate dopo il 3 luglio 1999**

Di seguito si riportano alcune decisioni adottate negli ultimi anni, pienamente condivise da questo Ufficio, che rappresentano una favorevole evoluzione dei pareri medico legali espressi dal Ministero della Salute riguardo la problematica della tempestività delle domande.

- 1) “L'istanza avanzata in data .../2003 può essere considerata tempestiva dal momento che la ricorrente, risultata anti HCV positiva nel 1997, ha raggiunto la reale e piena consapevolezza della gravità ed irreversibilità della malattia solo dopo aver eseguito vari esami di controllo nonché dopo aver monitorato nel tempo la propria situazione epatica: infatti dopo l'iniziale rilievo di aumento delle transaminasi, nell'agosto 1995, seguiva la normalizzazione degli stessi enzimi nel settembre del medesimo anno.Dopo la definizione etiologica della epatopatia, relata all'attività virale C. avvenuta nel gennaio 1997, un nuovo incremento della transaminemia veniva documentato e confermato a partire dal marzo 2001, ed unicamente dal suddetto riferimento temporale la ricorrente raggiungeva la piena consapevolezza della entità del danno epatico virus-linked. Pertanto, in considerazione della Direttiva tecnica del 28/12/1992 concernente le “procedure connesse alla erogazione dell'indennizzo previsto dalla legge 210/92, nella quale viene espresso che “non una qualsiasi conoscenza è atta a far decorre il termine, ma solo una conoscenza qualificata della consapevolezza degli eventi dannosi, correlabili agli eventi di cui alla legge in argomento, intanto possibile in quanto il processo morboso si sia conclamato nella sua entità nosologica e stabilizzato in precisi esiti”, risultano, nel caso in esame, essere stati pienamente rispettati il termine temporale di tre anni indicato dalla legge 210/92 e successive modifiche. In conclusione il ricorso può essere accolto”(decreto 2006).

- 2) "L'istanza è da considerarsi tempestiva in quanto si ritiene che il ricorrente, pur a conoscenza del proprio stato di HCV positiva dal 1991, abbia avuto la consapevolezza dell'irreversibilità del danno epatico subito a causa del virus C soltanto dall'anno 2000, allorché, a seguito di ricovero ospedaliero per approfondimento diagnostico relativamente alla patologia epatica, veniva, per la prima volta, evidenziata la positività dell'indice di replicazione virale. In conclusione il ricorso può essere accolto".(decreto 2007).
- 3) "Nel 1991, in occasione di controlli, si verificò la prima evidenziazione di positività anti HCV con ipertransaminemia e diagnosi di epatite cronica..... Per quanto riguarda la problematica sulla tempestività della domanda, dalla documentazione inviata si evince la evidente plausibilità di quanto affermato dalla ricorrente, che riferisce la sua piena consapevolezza riguardo alle sue condizioni epatiche solo al settembre 1997. Conseguentemente la domanda dell'agosto 2000 può ritenersi tempestivamente inviata (decreto 2004).
- 4) "...La domanda risulta presentata entro i termini di legge in quanto è possibile ammettere che la ricorrente ha acquistato la piena consapevolezza del danno epatico subito soltanto dopo il riscontro di positività del test HCV-RNA, indicativa di uno stato di replicazione attiva dell'agente virale responsabile dell'infezione dell'organo epatico": (decreto 2002).
- 5) "...La richiesta di corresponsione dell'indennizzo ex legge 210/92 delsia stata presentata nei termini di legge in quanto la conoscenza qualificata della consapevolezza degli effetti dannosi, correlabili all'evento trasfusionale, intanto possibile in quanto il processo si è conclamato nella sua entità nosologica di processo morboso in atto, sia da far risalire al....quando sono apparsi evidenti i segni ematochimici dell'epatopatia e la correlazione della stessa all'infezione da HCV (decreto 2002).
- 6) L'istanza è da considerare tempestiva poiché solo in seguito ai controlli effettuati nel 2000, si può ragionevolmente ritenere che sia stata raggiunta la piena consapevolezza dell'irreversibilità dell'affezione epatica in diagnosi". In conclusione il ricorso può essere accolto". (decreto 2005).
- 7) Per quanto attiene il giudizio di tempestività, questo Ufficio esprime il parere che l'istanza datata.. ../.2001, possa essere considerata tempestiva. Infatti, dopo che nel corso degli anni e fino al 1966 aveva presentato alterazione degli indici di funzionalità epatica senza segni di patologia rilevabili all'esame ecografico la..... ha avuto la piena consapevolezza del danno denunciato soltanto nel...../2000, quando un ulteriore esame ecografico aveva evidenziato un'epatopatia cronica ad evoluzione sclerogena, peraltro associata ad analisi ematochimiche che confermavano una costante alterazione dei predetti indici di funzionalità epatica tra il 1996 ed il 2000: tutti gli elementi clinici e strumentali fornivano quindi certezze sulla natura e sulla entità delle lesioni epatiche. E, pertanto in data/2001 ha inoltrato domanda di indennizzo ai sensi della Legge 210/92, osservando, in tal modo, i termini stabiliti dal D.L. 01/07/1996, n.344, che prevede, per la presentazione dell'istanza da parte dell'interessato, "nel caso di vaccinazioni o epatiti post-trasfusionali", il termine perentorio di tre anni che decorre "dal momento in cui l'avente diritto risulti avere avuto conoscenza del danno". In conclusione il ricorso può essere accolto" (decreto 2006).

6.3 ASCRIVIBILITÀ TABELLARE: Manifestazioni extraepatiche

Contrariamente al costante orientamento espresso dalle VARIE CMO, il Ministero della Salute sta recentemente accogliendo ricorsi impostati sul riconoscimento di manifestazioni extraepatiche correlate al virus di tipo C ai fini della valutazione dell'ascrivibilità tabellare.

Di seguito riportiamo alcune decisioni:

- “Dalla documentazione sanitaria si evince HCV-RNA positività, piastrinopenia HCV correlata, sospetta sindrome di Sjogren, patologia autoimmune di frequente riscontro nelle epatopatie croniche HCV correlate. Il quadro in diagnosi è meritevole di ascrivibilità alla VII cat.della Tab. A annessa al DPR 834/81” (decreto 2003).

- “Risulta cheè affetta da una patologia reumatologica secondaria a crioglobulinemia. Ciò posto si fa presente che recenti studi hanno dimostrato che il virus dell’HCV è responsabile nei pazienti con malattie linfoproliferative (crioglobulinemia, linfomi, gammopatie linfoclonali) di una alterazione cromosomica con traslocazione di un gene dal cromosoma 14 a quello 18, alterazione che determina una proliferazione illimitata di cloni cellulari (linfociti) interessati.
Nel caso in esame si può parlare, esistendo gli indici di replicazione virale (HCV-RNA), pur in assenza di alterazione degli indici di citolisi epatica, di una infezione da HCV responsabile, per quanto su specificato, della crioglobulinemia e successiva reumopatia. Pertanto si ritiene che la signora..... presenti una infezione HCV correlata con patologia extraepatica di tipo reumatologico secondaria a crioglobulinemia ascrivibile all’8^ categoria della tabella A annessa al DPR 834/81. Il ricorso può essere accolto”(decreto 2002).

6. 4 ISTANZE DI RIESAME – RINVIO FASCICOLO ALLE C.M.O.

Dall'esame dei 21 casi in cui l'Ufficio, dopo aver rilevato vizi nel procedimento istruttorio tecnico-amministrativo delle ASL e/o delle Commissioni mediche ospedaliere, ha redatto istanze di riesame avverso procedimenti di archiviazione, notificati con la motivazione *“mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge”*, abbiamo ritenuto utile riportare alcuni interventi operati dal Ministero della Salute sia sulle CMO che sulle ASL.

- “Si restituisce la pratica riguardante il nominato in oggetto con preghiera di inoltrarla, a termine dell'istruttoria, alla competente Commissione Medico ospedaliera, affinché la stessa si pronunci anche in merito alla tempestività della domanda, in relazione ai termini perentori di cui all'art. 3 della legge 25 febbraio 1992, n. 210.
Nell'evidenziare che l'accertamento del requisito temporale è espressione di un giudizio medico-legale di competenza esclusiva della CMO, come già reso noto con foglio ministeriale n. DPS/XV/AG3/20637 dell'11 marzo 1998, si ritiene comunque opportuno che codesta Azienda, nel trasmettere gli atti alla Commissione medico ospedaliera, rappresenti le risultanze istruttorie che inducono a ritenere la domanda intempestiva. Si resta in attesa di acquisire la pratica in argomento, corredata del giudizio medico-legale, per i successivi adempimenti di competenza” (nota del 1997– altre analoghe nello stesso anno e nell'anno successivo).
- “...In relazione al verbale di cui in oggetto si rappresenta che Codesta Commissione ha emesso parere negativo per quanto riguarda il nesso di causalità fra la somministrazione di emoderivati cui fu sottoposta la signora.....ed il decesso avvenuto.....astenedosi dal giudizio diagnostico di nesso causale fra la già citata somministrazione di emoderivati e la patologia epatica denunciata dall'istante.
Ciò premesso, si rinvia il verbale in oggetto pregando codesta C.M.O. di voler redigere lo stesso in conformità a quanto sopra indicato” (lettera del 2000).
- **“il ricorso è irricevibile in quanto proposto avverso una comunicazione di archiviazione a firma del Presidente della Commissione Medica Ospedaliera di e non avverso un giudizio della predetta C.M.O.”** (lettera del 2006)¹

Quest'ultima risposta merita un breve commento, in quanto l'archiviazione della pratica (e presumibilmente di altre in corso), avvenuta su una mera comunicazione della CMO, è fondata sull'asserita mancanza di documentazione indispensabile

¹ In casi analoghi, la generalità delle CMO hanno comunque redatto il processo verbale. Altre CMO, giuridicamente in assenza sia della denuncia INAIL che della richiesta della causa di servizio, giustamente, hanno adottato la seguente (o simile) decisione:
“Chiunque abbia lavorato in un reparto ospedaliero è a conoscenza della relativa frequenza, nonostante i sistemi di protezione in uso, di “piccoli incidenti”: contatti accidentali con materiale contaminato. La prevalenza di soggetti portatori di HCV (non noti) negli anni, le piccolissime abrasioni della cute e la particolare tipologia dell'attività di operatore sanitario (infermiera) sono elementi congrui e congruenti nell'indicare un rischio specifico aggravato da contagio da HCV professionale negli operatori sanitari. L'attività di infermiera è quindi una attività a rischio per infezioni trasmesse dal sangue. Alla luce degli elementi emersi e delle considerazioni esposte questa CMO conclude ammettendo il rapporto di causalità materiale tra l'attività di infermiera e l'infezione da HCV sulla base di un criterio di verosimiglianza in assenza di elementi di certezza (Possibilità di disporre di test per l'HCV dell'interessata antecedenti l'assunzione, di monitoraggi per HCV periodici, di identificare l'eventuale fonte del contagio)”.

per ottenere l'indennizzo. Trattasi dell'assenza della denuncia di infortunio INAIL per gli operatori sanitari contagiati durante il servizio da epatiti virali, ritenuta da una C.M.O.(al momento ci risulta essere l'unica in Italia) documento essenziale per potere redigere il prescritto verbale.

La Regione (che aveva notificato l'atto di archiviazione) e la ASL (che aveva istruito la pratica) alle quali era stato inviato, come al Ministero della Salute, formale e ben motivato ricorso-riesame² se ne sono ben guardate sia di intervenire sulla competente Commissione medica ospedaliera che di rispondere al cittadino ricorrente, impedendo, di fatto, allo stesso di poter esercitare una qualsiasi tutela. Così operando, oltretutto, il cittadino rischia di vedersi spostare la competenza dal "*giudice ordinario competente*" (art, 5, comma 3, L.210/92) a quello amministrativo, in stridente contrasto con il valore dell'uguaglianza, principio costituzionale implicitamente riaffermato in questa legge dal legislatore, il quale, come è noto, ha voluto introdurre nell'ordinamento regole proprie di un sistema di sicurezza sociale che sono andate a "correggere" i limiti connaturali di altre norme già previste nel sistema di tutela.

Resta comunque da spiegare come si intendono sanare le palesi disparità di trattamento che vengono a configurarsi in conseguenza di queste difformi interpretazioni della legge (che oltretutto non prevede l'istituto dell'archiviazione) e delle circolari. Infatti il provvedimento di archiviazione non è contemplato dalla Legge 210/92 e successive modifiche la quale prevede un procedimento tipizzato e nell'ambito del quale la discrezionalità attiene solo al merito.

² vedasi schema ricorso-riesame riportato al capito 5

6.5 TRASFUSIONI EFFETTUATE ALL'ESTERO

Su questa controversa questione riportiamo una nota del Ministero della Salute con la quale vengono esposti i motivi sempre sostenuti dallo stesso, anche in sede giudiziale, e la sentenza emessa in materia dal Tribunale di Ravenna nel 2004.

“Poiché detta trasfusione non è stata effettuata all'interno del territorio nazionale italiano, si comunica che la domanda.....non può essere accolta atteso che i benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 non possono applicarsi legittimamente nei confronti di cittadini italiani che abbiano riportato danni a seguito di trasfusioni effettuate in Stati esteri, sia pure a seguito di autorizzazioni rilasciate dalle competenti strutture del Servizio Sanitario nazionale.

Nell'evidenziare che un eventuale ristoro al danno subito potrebbe trovare accoglimento solo nell'ambito della normativa dello stato ove lo stesso si è verificato, si informa che la S.V., avverso il presente atto, può presentare ricorso gerarchico a questa Amministrazione entro 30 giorni dalla notifica o dall'avvenuta conoscenza dello stesso presso il Tribunale Amministrativo Regionale competente per territorio, entro 60 giorni dalla notifica stessa” (lettera del 7 settembre 1999)

TRIBUNALE DI RAVENNA

Sentenza 24 marzo 2004 - causa civile iscritta a ruolo il 26.09.2003 al n. 632/2003 del registro generale

Motivi della Decisione

1. Nella causa si discute se i benefici previsti dall'art. 1. 3° comma della l. 210/1992 spettino ai cittadini italiani che abbiano subito un danno irreversibile da epatiti post trasfusionali per effetto di cure praticate all'estero.

La norma prevede che *“I benefici di cui alla legge spettano altresì a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post trasfusionali”*.

La questione risulta controversa nella giurisprudenza di merito (v. sentenze in atti), mentre non risulta che sullo specifico problema si sia pronunciata la Corte di Cassazione.

Il Tribunale Genova (12.07.2002, red. Scotto) ed il TAR Campania Napoli, Sez. I (sentenza 29.03.2002 n. 1724) hanno già affermato, in causa identica alla fattispecie che si giudica, che l'art. 1 della l. n. 210/92 non richiede in alcun modo che il contagio debba avvenire all'interno di strutture sanitarie italiane.

Mentre il Tribunale e la Corte d'Appello di Bologna (sentenza 349/2003), hanno sostenuto, sia pure in diversa fattispecie, che l'indennizzo può essere erogato solo per prestazioni mediche effettuate in Italia e non per quelle effettuate all'estero, neppure quando quest'ultime sono state autorizzate dalle autorità sanitarie italiane in conformità alla legge.

2. Sul piano letterale la norma non contiene però nessuna limitazione di questo tipo in relazione al luogo dove è stata effettuata la prestazione medica che ha cagionato la menomazione; la norma si limita semplicemente a considerare la situazione obiettiva in cui deve trovarsi il beneficiario dell'indennizzo (*“danno irreversibile”*) ed i fattori causali che devono averla cagionata (*“epatite post trasfusionale”*).

2.1 Nessuna indicazione a sostegno della limitazione dei benefici ai soli interventi sanitari praticati in Italia, può venire poi dal contenuto delle altre disposizioni dettate nello stesso art.1 allo scopo di regolamentare l'attribuzione del beneficio nell'ipotesi di vaccinazioni (in tal senso invece la sentenza della Corte d'Appello cit.).

I riferimenti contenuti alle *“vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana”* (nel primo comma) od alle vaccinazioni effettuate *“per potere accedere ad uno*

stato estero” (nel quarto comma) fanno parte di una complessa e peculiare disciplina tutta - e soltanto - rivolta a regolare la questione della obbligatorietà o della necessità del trattamento da cui deriva la lesione - piuttosto che a dare indicazioni sul luogo della struttura dove deve essere effettuato ovvero a delimitare il beneficio alle vaccinazioni praticate da strutture italiane.

Si tratta di previsioni giustamente articolate in relazione alla varietà delle ipotesi che possono prodursi in materia di vaccinazioni e che arrivano a riconoscere il beneficio per il danno prodotto, oltre che da vaccinazione obbligatoria, da vaccinazione necessaria per motivi di lavoro oppure semplicemente opportuna per operatori sanitari ospedalieri; ed infine anche nei confronti di persone non vaccinate ma danneggiate dal contatto con persone vaccinate.

2.2. I riferimenti letterali sopraindicati non possono pertanto considerarsi esplicativi della volontà della legge di limitare gli indennizzi ai soli interventi sanitari praticati nello Stato trattandosi di espressioni dettate per altri scopi; essi in ogni caso non possono operare oltre l'ambito della materia dei trattamenti sanitari obbligatori (ed assimilati), come di seguito si dimostrerà.

Va premesso anzitutto che la stessa Corte Costituzionale ha avuto modo di sottolineare ed evidenziare in più occasioni (v. sentenze 118/96; 27/98; 226/2000; 423/2000) la varietà delle ipotesi (*“la complessa casistica”*) cui è correlato l'indennizzo ex art. 1 della l. n. 210/92; ed ha pure esplicitamente avvertito l'interprete che le conclusioni cui deve pervenire in ordine al diritto all'indennizzo dei soggetti colpiti da menomazioni conseguenti a vaccinazione *“non possono ritenersi di per se estensibili a tutte le altre ipotesi previste nell'art. 1 della legge in questione”*.

Anche per la Cassazione (13923/2000) si tratta di fattispecie diversamente regolate dalla legge e non comparabili tra di essi.

Molte sono infatti le diversità di disciplina.

E' sufficiente osservare per un verso che la legge non prevede il diritto dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni al riconoscimento di un assegno una tantum per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo, come è invece previsto per i soggetti danneggiati da vaccinazioni.

Per altro verso va soprattutto evidenziato il differente fondamento costituzionale che fa da giustificazione alle diverse ipotesi di indennizzo previste nella legge.

Anche sotto questo aspetto la giurisprudenza costituzionale (v. sentenze cit) ha oramai chiarito da tempo come le provvidenze stabilite in favore dei soggetti che abbiano subito una menomazione in seguito a vaccinazione obbligatoria traggono fondamento da un obbligo di carattere costituzionale; mentre in tutti gli altri casi le stesse provvidenze trovano fondamento nel generale dovere di aiutare chi si trova in difficoltà per una causa qualunque.

Nel primo caso rileva un quindi un diritto pieno ed incondizionato ad un *“equo indennizzo”* cui fa riscontro un vero e proprio obbligo dello Stato, inderogabile ai sensi degli art. 2 e 32 della Costituzione. Nel secondo caso rileva invece la pretesa del cittadino a misure di sostegno assistenziale in senso lato, ex art.2 Cost. (non essendo nemmeno richiesti i presupposti dettati dall'art.38 Cost. circa lo stato di bisogno) alle quali si fa fronte con i generali strumenti della *pubblica assistenza* disposti dal legislatore attraverso (l'esercizio costituzionalmente legittimo dei) propri poteri discrezionali .

Ciò vale a rendere improduttivo qualsiasi tentativo di accedere ad una lettura unitaria della disposizione, anche al solo fine di trarre generiche soluzioni sulla questione del luogo dove devono essere praticati i differenti trattamenti sanitari previsti dalla norma.

E' la rilevante diversità di natura, presupposti, disciplina degli interventi terapeutici di cui si discute ad impedire che la questione del limite territoriale di operatività del beneficio per le emotrasfusioni possa essere ricavata dalla disciplina dell'indennizzo apprestata in relazione alle vaccinazioni.

Quest'ultime configurano trattamenti sanitari ai quali per motivi di pubblico interesse il cittadino deve sottomettersi; si tratta di trattamenti effettuati entro periodi di tempo predeterminati, il più delle volte senza carattere di indifferibilità ed urgenza, e che consentono perciò la normale programmazione della somministrazione della terapia all'interno delle strutture mediche italiane.

Negli altri casi considerati dalla norma (e da cui può derivare un danno irreversibile per epatite post trasfusionale) si tratta di trattamenti sanitari della più svariata natura, che all'occorrenza devono essere effettuati in situazioni connotate da indifferibilità ed urgenza; e che comunque sono espletabili, alle condizioni richieste dalla nostra legislazione, anche all'estero.

Appare pertanto errato argomentare dalla particolare disciplina positiva delle vaccinazioni obbligatorie per trarre limitazioni di carattere generale in base al luogo dell'intervento – valevoli ai fini di ogni beneficio.

Semmai anche per le vaccinazioni occorrerebbe tenere conto del contenuto e delle modalità del particolare obbligo che deve essere assolto in base alla legge. Pertanto nell'ipotesi in cui l'interesse pubblico apprezzato dalla normativa dovesse imporre al cittadino – *“per legge e per provvedimento dell'autorità italiana”* - di sottoporsi ad un trattamento sanitario all'estero prima di entrare nello Stato, ebbene anche in questo caso, se dovesse subire una *“menomazione permanente dell'integrità*

psico-fisica”, il cittadino avrebbe diritto ad essere indennizzato; e, ciò che più conta, con lo stesso indennizzo previsto dalla legge in discorso senza necessità di ulteriore intervento normativo.

In altri termini, se si vuole argomentare dalla fattispecie delle vaccinazioni occorrerebbe prospettare sul piano logico il caso (nemmeno inverosimile nei tempi attuali) in cui, per motivi indifferibili e di pubblico interesse, un trattamento obbligatorio debba essere effettuato - in base alla legge e per provvedimento dell'autorità italiana - all'estero dal cittadino prima di entrare nello Stato; perché solo questo caso potrebbe essere comparato a quello che qui rileva della cura trasfusionale di necessità effettuata all'estero.

In questa stessa ipotesi è del tutto evidente che l'indennizzo previsto dalla legge debba essere comunque erogato; il che prova, al di là di ogni dubbio, come la stessa normativa - a contenuto invariato - comprenda anche i casi trattamenti sanitari obbligatori praticati all'estero per legge italiana (ancorché di fatto essi vengono normalmente praticati in Italia).

2.3 Escluso che la legge contenga limitazioni nel riconoscimento del beneficio in relazione al fatto che la trasfusione sia stata effettuata o meno in uno Stato Estero; ed escluso che le stesse limitazioni possano trarsi dalla disciplina dettata per le vaccinazioni; occorre affermare che già ciò costituisce un primo risultato di rilievo nell'interpretazione della norma, la quale dunque guarda letteralmente alla condizione obiettiva del cittadino e non è minimamente influenzata dal luogo dove è stata eseguita la prestazione.

3. Oltre al dato letterale, ulteriori, significative e convergenti conferme a sostegno della tesi qui accolta discendono dall'interpretazione logica, sistematica e costituzionale; che non supportano invece la tesi opposta.

3.1. Sotto il profilo logico è da tutti ammesso che l'indennizzo in questione abbia natura assistenziale (sul punto si è pronunciata la Cassazione con sentenza 6799/2002), configurandosi come misura economica di sostegno collegata ad una situazione di menomazione obiettiva della salute derivante da una prestazione ospedaliera.

Peraltro proprio la mancanza di finalità risarcitoria vale a ricondurre – secondo Cass. 6799/2002 - le stesse controversie all'interno della competenza funzionale del giudice del lavoro, istituzionalmente preposto alle controversie assistenziali e previdenziali.

Non si tratta perciò di un emolumento erogato per riparare ad un torto e che debba essere collegato ad una qualche ipotesi di responsabilità (oggettiva e soggettiva) di strutture sanitarie. Proprio perché prescinde del tutto dai presupposti della responsabilità civile l'indennizzo acquisisce dunque natura assistenziale collegata alla situazione obiettiva di menomazione dello stato di salute in cui si trova il beneficiario

La limitazione del beneficio agli eventi derivanti da cure effettuate nell'ambito di strutture italiane varrebbe invece a riportare la norma ad una logica di natura risarcitoria che invece non esiste, essendo indiscusso che - nonostante la percezione dell'indennizzo in base alla legge – il beneficiario mantenga integre le proprie pretese risarcitorie nei confronti di eventuali responsabili civili.

Va pure notato a tale proposito come - non richiedendo la legge che l'intervento terapeutico venga effettuato all'interno di strutture sanitarie pubbliche - non può essere dubitabile che l'erogazione del beneficio spetti anche nel caso in cui il cittadino abbia subito il danno in discorso a seguito di un intervento sanitario praticato in Italia all'interno di una struttura ospedaliera privata di qualsiasi tipo. L'operatività del beneficio per prestazioni sanitarie rese da strutture private dimostra ulteriormente come l'intervento dello Stato abbia esclusiva finalità assistenziale; non potendosi altrimenti intuire su cosa si possa fondare la giustificazione di un risarcimento del danno assunto a carico dell'erario in relazione a responsabilità di strutture private.

Ciò vale a dimostrare definitivamente che per la legge rilevi unicamente la situazione patologica del beneficiario, rispetto alla quale nessun significato può esercitare il fatto che l'intervento che l'ha cagionata sia stato effettuato in una struttura pubblica e privata, nazionale o internazionale.

4. Se già tutto quanto fin qui esposto varrebbe a giustificare l'attribuzione del beneficio senza alcun limite di carattere territoriale, del tutto priva di giustificazione risulta poi l'introduzione dello stesso limite quando l'intervento sanitario all'estero è considerato dalla legge come necessario per tutelare al meglio il diritto alla salute del cittadino italiano ovvero nei casi in cui le stesse prestazioni effettuate all'estero sono ricondotte dalla legge all'interno del sistema di assistenza pubblica sanitaria garantita ai cittadini, essendo indifferente il luogo di effettuazione della prestazione.

Soprattutto in questi casi - in cui la legge italiana autorizza i cittadini a curarsi all'estero (anche in relazione dell'interesse collettivo che è sempre correlato alla più efficace tutela della salute dei singoli) - le limitazioni alla concessione del beneficio in funzione del luogo dell'intervento producono un *vulnus* nella sfera di protezione della salute del cittadino; dovendosi allora riconoscere che oltre frontiera essa non arrivi ad abbracciare tutte le conseguenze e le garanzie che vi sono normalmente incluse all'interno dello Stato; ciò comporterebbe quindi una menomazione della stessa protezione del bene salute - che la Costituzione vuole piena ed assoluta - nei confronti dei

cittadini che i casi della vita hanno posto nella necessità di doversi curare all'estero (com'è nella fattispecie); e finirebbe per configurare un fattore negativo di condizionamento della scelta del cittadino se curarsi o meno all'estero, potendo indurlo a rinunciare alla protezione che lo Stato gli accorda - in determinate situazioni – facendone materia di un diritto soggettivo.

In altri termini la riconduzione dell'intervento terapeutico all'estero nell'ambito della protezione predisposta dalla legge per la tutela della salute del cittadino rende del tutto ingiustificabile l'introduzione di limiti territoriali nell'erogazione dell'indennizzo.

Sotto questo aspetto rinviene infatti tanto la dimensione soggettiva, tanto la dimensione collettiva del diritto alla salute in quanto "interesse della collettività" (art. 32), che la tesi che qui si respinge è suscettibile di menomare.

Sono proprio le indirette ricadute negative sulla dimensione assoluta del diritto alla salute, ad impedire allora che si possa sostenere in via meramente interpretativa – in difetto di alcuna norma in tale senso - che la protezione legale della salute all'estero sia limitata alla copertura dei costi della prestazione e non si estenda invece a tutte le altre conseguenze derivanti dagli stessi interventi quando vengano praticati all'interno dello Stato.

Tale affermazione infatti non può essere sostenuta dall'interprete sulla base di norme che hanno lo scopo di estendere (non di limitare) la protezione del bene salute (come quelle che consentono di curarsi all'estero oppure che prevedono indennizzi in caso di menomazioni della salute). Una simile interpretazione del resto non appare nemmeno conforme ai principi costituzionali perché, per un verso, introduce una irragionevole disparità di trattamento tra cittadino e cittadino non giustificata alla luce della ratio (assistenziale) del beneficio; e per altro verso appare idonea a ledere l'effettività della protezione del bene salute ex art 32 Cost.

5. Non vale obiettare contro la tesi qui accolta, che con essa verrebbe affermata l'operatività della legge italiana al di fuori dei confini nazionali nell'ambito dei quali normalmente opera.

Anzitutto perché l'efficacia delle norme di assistenza normalmente si esplica indifferenziatamente, nei confronti di tutti i cittadini che versano nella situazione di necessità assunta a presupposto dell'erogazione del beneficio stabilito dal legislatore (a prescindere dal luogo in cui sia avvenuto il fatto che ha generato la stessa situazione);

In secondo luogo perché nel caso di specie si discute di una condizione patologica accertata nello Stato italiano, nei confronti di cittadina italiana, residente nello stesso Stato; tutti elementi che valgono a ricondurre per intero l'efficacia della legge dentro i propri confini nazionali.

6. Deve essere infine osservato che nel caso in esame nessuna contestazione esiste in merito al nesso di causalità – del resto ampiamente accertato in sede amministrativa - tra l'epatite contratta dalla ricorrente e l'emotrasfusioni effettuate nel 1997 presso l'ospedale diin Grecia.

Neppure è minimamente contestato che l'intervento terapeutico subito in Grecia dalla ricorrente rientri fra quelli per i quali la legislazione (art. 3 l. 595/1985; l. n. 300/93 e Reg. CEE n. 1048/71) prevede l'onere delle spese ad integrale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto relative a prestazioni sanitarie non ottenibili tempestivamente in Italia perché incompatibili con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione oppure a casi in cui il pericolo di attesa comprometterebbe gravemente lo stato di salute del cittadino o gli precluderebbe la possibilità dell'intervento o della cura.

E' certo pertanto che, come sostenuto dalla difesa attorea, le spese di ricovero, degenza e cura della ricorrente presso l'ospedale ellenico siano state direttamente sostenute dal Servizio sanitario italiano.

7 ASPETTI MEDICO LEGALI

In aggiunta alle argomentazioni medico-legali sviluppate negli schemi di ricorso amministrativo riportati nel precedente capitolo si ritiene utile approfondire alcuni aspetti relativi alla valutazione del danno e del nesso causale.

7.1	VALUTAZIONE DEL DANNO	151
7.2	NESSO CAUSALE	156
7.3	DOPPIA PATOLOGIA	159

7.1 VALUTAZIONE DEL DANNO

Come si è visto nel ricorso amministrativo a fattispecie multipla l'aver introdotto nella legge 210/92 la valutazione dei danni (siano essi al sistema epatico, immunologico, neurologico, ecc) con riferimento alle lesioni ed infermità elencate nella tabella A allegata al DPR n. 915/78¹, modificata dalla tabella A allegata al DPR n.834/1981, è stata una scelta che ha portato a grosse difficoltà applicative. Infatti le Commissioni Medico Ospedaliere, per la valutazione del danno debbono fare riferimento al parametro della c.d. capacità lavorativa generica prevista dal citato DPR 915/78. L'art 2 di tale decreto prevede infatti che il conferimento, a titolo di atto risarcitorio, di pensioni, assegni od invalidità di guerra, compete a coloro che abbiano riportato in guerra ferite o lesioni o contratto infermità da cui sia derivata perdita o menomazione della capacità lavorativa generica.

Avvalendosi, poi, di una consolidata prassi confortata anche da sentenze della Corte dei Conti, le CMO possono derogare da tale riferimento, solamente in presenza di menomazioni non espressamente previste in detta tabella, applicando i criteri valutativi adottati per il riconoscimento dell'invalidità civile che oltre alla capacità lavorativa generica introducono, se pur blande, valutazioni riferite anche alla capacità attitudinale e relazionale². Ma anche così operando, purtroppo, come ben evidenziato nella nota in calce, permangono non poche difficoltà applicative.

Ed è per questi motivi che la maggioranza delle Commissione Mediche Ospedaliere respinge le domande in quanto la patologia viene ritenuta "non ascrivibile" ad alcuna categoria della tabella avanti indicata.

Correggere questo meccanismo, come ha rilevato anche la Corte Costituzionale con sentenza n.423/2000 che ha "invitato" il Parlamento a rivedere tale normativa, appare necessario anche al fine di tutelare lo stesso personale militare che, impegnato nelle numerose operazioni di pace, può contrarre patologie tempo addietro non ipotizzabili, causate da elementi chimici, fisici, batteriologici e nucleari, non facilmente inquadrabili in detta tabella, mirata a risarcire i danni da operazione di guerra classica.

¹ Vedere elenco nel capitolo dedicato alla normativa. Si ricorda che stiamo parlando di categorie utilizzate per la valutazione dei danni riferiti all'erogazione di assegni e indennità di guerra.

² La tabella delle percentuali di invalidità approvati con Decreto del Ministero della Sanità in data 5/2/1992 e modificato con DM 14/6/1994, per le epatiti prevede solamente l'epatite cronica attiva (51%), l'epatite cronica attiva autoimmune (70%) e l'epatite attiva cronica nell'infanzia (71-80%), senza tener conto dei vari gradi della malattia epatica.

Non solo per dovere di informazione, ma soprattutto per mettere in evidenza quanto sia farraginoso questo meccanismo³, di seguito si riportano alcune tabelle utilizzate per la valutazione delle 202 menomazioni, suddivise in 8 categorie, unitamente al parere espresso in materia dal Consiglio Superiore di Sanità.

TABELLA DEFINITA DALLA CORTE DEI CONTI con sentenza n. 53710/1960	
Categoria di pensione	Riduzione capacità lavorativa in base alla Tabella A
I categoria	81% - 100%
II categoria	76% - 80%
III categoria	71% - 75%
IV categoria	61% - 70%
V categoria	51% - 60%
VI categoria	41% - 50%
VII categoria	31% - 40%
VIII categoria	21% - 30%

Non essendo previste nella tabella le epatiti, come si è visto nell'apposito ricorso amministrativo, occorre ricercare all'interno di questa le voci cui poter fare riferimento, seguendo le indicazioni avanti riportate,

CATEG.	VOCE	MENOMAZIONE
I	22	Tumori maligni a rapida evoluzione (per il cancro cirrosi)
II	15	Affezioni gastro-enteriche e delle ghiandole annesse con grave e permanente deperimento organico
VII	25	Colecistite cronica con disfunzione epatica permanente
VIII	22	Colecistite cronica o esiti di colicistectomia con persistente disepatismo

3 Si concorda con quanto affermato da Paolo Bruni, Tommaso De Palma, Pierluigi Fanetti e Vittorio Fineschi in: *"Il danno biologico da vaccinazioni ed emotrasfusioni: Premesse dottrinarie e momenti valutativi"*– Rivista di Medicina Legale n. 2/96. *"È avvilente per il medico legale il quotidiano processo di adattamento alle complesse ed impegnative nozioni definitorie del pregiudizio, alle cavillose, multiformi e capziose condizioni poste e imposte da norme obsolete, proprie di simpli furbeschi e di particolarismi assicurativi, alle incerte, incomplete, quando non assurde, indicazioni tabellari"*.

**TABELLA UTILIZZATA DAL COMANDO DEL CORPO DI SANITA'
DELL'ESERCITO**

Categoria	Menomazione
I	Cirrosi epatica con segni di encefalopatia epatica e disturbi della personalità
II e III	Cirrosi epatica con ipertensione portale
IV	Epatite cronica attiva avanzata in iniziale evoluzione cirrogena, senza segni di ipertensione portale
V - VI - VII	Epatite cronica attiva, ad intensa, media o lieve con valori di funzionalità epatica alterati
VIII	Epatite cronica persistente con valori di funzionalità epatica lievemente o mediamente alterati
nessuna	Epatite guarita senza danno anatomico e con parametri di funzionalità epatica nella norma

**REQUISITI MINIMI PER PORRE DIAGNOSI DI
EPATITE CRONICA EVOLUTIVA
secondo il Consiglio Superiore di Sanità
(parere 15 maggio 1996)**

Patologia	Valori degli esami ematochimici
HBV	Ipertransaminemia con durata di almeno un anno e positività per HBV-DNA oppure Ipertransaminemia, con durata di almeno un anno, e positività per HbsAg associata a positività per anti HBc e anti HbeAg
HCV	Ipertransaminemia con durata di almeno un anno e positività per HCV-RNA oppure Ipertransaminemia con durata di almeno un anno e positività per anti-HCV
HDV	Ipertransaminemia con durata di almeno un anno e positività per anti HDV-IGM oppure Ipertransaminemia con durata di almeno un anno e positività per anti HDVRNA oppure Ipertransaminemia con durata di almeno un anno e positività per HbsAg, per anti HBc, per anti Hbe e per anti HDV totali

**DEFINIZIONE DEL DANNO EPATICO DA HCV
AI FINI DELL'ASCRIVIBILITA' TABELLARE**
Consiglio Superiore di Sanità (parere 15 maggio 1996)

“Aumento costante delle transaminasi in prelievi seriali mensili per un anno, con ecografia che dimostri disomogeneità”;

oppure

“Aumento costante delle transaminasi in prelievi seriali mensili per sei mesi, con scintigrafia epatica che dimostri una aumentata captazione del lobo epatico di sinistra e captazione splenica < 15%”;

oppure

“Presenza nella biopsia epatica di una delle seguenti categorie istologiche: epatite cronica attiva, epatite cronica lobulare, epatite cronica persistente”.

Si ricorda che ai fini del giudizio di ascrivibilità tabellare viene presa in considerazione la “*menomazione permanente dell'integrità psico-fisica*”, nozione che non sembra dubbio debba ritenersi sostanzialmente coincidente con quella di “*malattia certamente o probabilmente insanabile*” di cui all'art. 583 c.p.c., comma 2. Alcuni di questi parametri adottati per la valutazione del danno nelle epatiti virali da HCV sono contraddetti:

Dalle decisioni di alcune Commissioni Mediche Ospedaliere le quali hanno ritenuto che: “*Pur in presenza di valori delle transaminasi nella norma, le stesse sono un indice molto impreciso di malattia nelle epatopatie croniche da HCV. L'HCV-RNA-PCR indica un replicazione virale con infezione cronica e pertanto viene giudicata sufficiente da questa CMO per il riconoscimento di una menomazione indennizzabile*”;

Dalla consolidata letteratura scientifica che ha posto in evidenza quanto segue:

- Le transaminasi, pur essendo considerate indici di citolisi (per cui un loro aumento viene posto in relazione con il danno anatomico) non sono sufficienti per una esaustiva valutazione della funzionalità dell'organo epatico in quanto, per la grande capacità di riserva funzionale, l'alterazione dei parametri ematochimici compare solo quando la lesione ha interessato gran parte del parenchima.
- Infatti alcuni autori oltre ad aver rilevato che i livelli serici di ALT non sono linearmente correlati all'attività intralobulare del virus HCV, hanno osservato che quadri di epatite moderati e anche severi sono stati trovati più frequentemente in soggetti con ALT normali piuttosto che in quelli con ALT elevati.

- È inesatto affidare un ruolo rilevante ai valori delle transaminasi quali indicatori della sofferenza epatica, i cui livelli, come noto, possono alternare aumento o riduzioni o valori normali a seconda della fase della malattia.

Dalla dottrina medico legale che ha evidenziato la necessità di valutare anche le patologie extraepatiche di cui è stato accertato un rapporto di causalità con la replicazione virale dell'HCV (danni al sistema endocrino, a quello emopoietico e linfoide, ai reni, ai muscoli, alle articolazioni, alla cute ecc.) quali patologie riconducibili al linfotropismo del virus dell'epatite di tipo C, quindi con suo diretto coinvolgimento eziopatogenetico, ovvero al meccanismo indiretto dovuto alla stimolazione antigenica del sistema linfoide da parte della replicazione virale.⁴

Mentre andiamo in stampa ci è pervenuta una recentissima sentenza della Corte di Cassazione⁵, con la quale viene rigettato il ricorso promosso dal Ministero della salute avverso la sentenza della Corte di appello di Firenze (n. 116 del 13 febbraio – R.G.N. 1884/2003) che aveva rigettato l'impugnazione da parte dello stesso Ministero e confermato la decisione del Tribunale di Arezzo, la quale aveva ritenuto **sussistente il diritto del soggetto affetto da HCV a percepire l'indennizzo ex legge 210/92, pur senza sintomi e pregiudizi attuali, dovendosi intendere il richiamo alla tabella A annessa al D.P.R. n. 834 del 1981 quale prescrizione dei criteri di massima finalizzati alla liquidazione.**

⁴ Su questa linea registriamo con piacere interessanti decisioni adottate dall'Ufficio Medico legale del Ministero della Salute in sede di esame dei ricorsi amministrativi, mentre dai medici legali di parte e dai Consulenti Tecnici D'Ufficio, continuiamo ad osservare una marcata sottovalutazione di questi importanti aspetti legati alla valutazione del danno.

⁵ Cassazione Civile n. 10214 del 04/05/2007, riportata nel capito 13 allegati.

7.2 NESSO CAUSALE

Nesso di causalità in genere

Per un maggiore approfondimento riguardo la casistica osservata da questo Ufficio si fa rinvio ai ricorsi amministrativi riportati al capitolo 4 che sviluppano il mancato riconoscimento del nesso causale con riferimento:

- alla negatività dei donatori con riferimento ai parametri virologici previsti dalla legge al momento delle trasfusioni;
- al lungo intervallo di tempo intercorso tra gli eventi trasfusionali ed il primo accertamento di positività per anti HCV;
- alla carenza di documentazione comprovante la continuità temporale della patologia epatica;
- alla somministrazione di Immunoglobuline anti- tetano ed anti-D;
- al contagio da sangue infetto (operatori Sanitari);
- al contagio da sangue infetto (operatori ospedalieri ritenuti “non sanitari”).

Nesso di causalità e decesso

Questa fattispecie (salvo l'esposizione di un caso, peraltro assai frequente) non è stata ben sviluppata nel capitolo dedicato ai ricorsi gerarchici, in quanto ogni caso necessita di essere esaminato approfonditamente, sia sotto il profilo clinico che medico legale.

Comunque prima di redigere una domanda amministrativa o proporre un ricorso amministrativo, con l'aiuto di un clinico o di un medico legale, è opportuno domandarsi:

- se l'epatite da HCV o l'infezione da HIV possono essere ritenute l'unica causa o comunque una determinante concausa nel determinare l'exitus, in presenza, o meno, di altre patologie gravi che possedevano una efficienza lesiva sufficiente a determinare il decesso;
- se l'epatopatia o l'infezione da HIV hanno limitato o impedito i trattamenti sanitari che potevano evitare il decesso o comunque a procrastinarlo;
- se la causa principale del decesso aveva l'efficienza lesiva tale da produrre la morte con la stessa velocità anche in un soggetto non affetto da epatopatia cronica o da infezione da HIV.

In caso di risposta positiva alle prime due domande si ritiene proponibile (e, soprattutto, difendibile) la richiesta *dell'assegno una tantum o di reversibilità per 15 anni*, sia in sede amministrativa che giudiziale.

Alcune definizioni di nesso causale in ambito legge 210/92

“Per la ricerca del nesso causale tra le trasfusioni e la malattia può essere utilizzabile il criterio del giudizio presuntivo che consente di eludere l'esistenza di diversi fattori di rischio, anche sulla base di una valutazione di prossimità temporale e di compatibilità medico legale, tra trasfusione e infezione (Urso e coll.).

“In assenza di dati certi sul nesso di causalità tra la trasfusione e l'epatopatia si può ricorrere ad un giudizio di presunzione basato sull'esclusione di altre cause, sulla compatibilità dello stadio della malattia con il contagio trasfusionale e su criteri di probabilità statistica (Consigliere e Braglia).

“Si respinge il nesso causale quando si constata un intervallo inferiore alle sei settimane tra trasfusione e positività all'HCV con i test di seconda generazione ed ai tre mesi ai Kit di prima generazione. Si esclude il nesso anche quando il periodo tra la trasfusione e la scoperta di cirrosi clinicamente ed istologicamente accertata sia inferiore ai due anni, poiché è necessario uno spazio di tempo maggiore. Lo si nega anche quando si determini il profilo di portatore cronico meno di tre mesi dopo la trasfusione” (Cariti e coll)¹

“Plausibile rapporto tra l'evento-base e l'infermità-menomazione. Per poter delineare in maniera soddisfacente tale rapporto, l'accuratissimo studio della cartella clinica relativa al ricovero per l'intervento chirurgico, con particolare riguardo all'età della persona, alla sua professione, all'anamnesi fisiologica e patologica remota, agli accertamenti ematochimici eseguiti prima dell'intervento, al tipo di operazione chirurgica, consente di giungere a presunzioni causali fondate su criteri di buona attendibilità statistica” (Bruni, De Palma, Fanetti, Fineschi)²

¹ Si riporta questo parere in quanto, pur rappresentando la preminente posizione assunta dalle C.M.O., a nostro modesto avviso, non è una definizione da prendersi alla lettera. Infatti dalla nutrita casistica osservata da questo Ufficio, in taluni casi supportata dalla certa negatività sierologica antecedente le trasfusioni, ha registrato sia cirrosi ad evoluzione rapida (inferiore ai due anni) e sierocconversioni con test di seconda generazione per anti HCV al di sotto delle sei settimane. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (parere ottobre 1995) *“l'intervallo di tempo medio tra esposizione al virus e primo rialzo delle transaminasi o comparsa delle positività per anti HCV, valutata con saggi di terza generazione, è di 12 settimane”*. Anche per tale fattispecie l'Ufficio ha osservato rialzo delle transaminasi al di sotto delle 4 settimane e positività per anti HCV al di sotto delle 6 settimane.

² A margine dell'autorevole parere degli autori, che condividiamo, ci permettiamo segnalare che alcune C.M.O. non si sono attenute a questi criteri. A dimostrazione di ciò ricordiamo che questo ufficio ha dovuto redigere ben 18 ricorsi su dinieghi improntati sulla *“assenza di documentazione clinica attestante la prova della somministrazione di sangue od emoderivati”*, quando invece le cartelle cliniche ben evidenziavano questi eventi. Oltretutto, nella valutazione del criterio della probabilità lesiva della pratica emotrasfusionale, poche volte sono stati presi in considerazione alcuni elementi di valutazione legati all'epoca della somministrata terapia trasfusionale che sappiamo essere stata, in certi periodi, attività ad elevato rischio per la trasmissione di infezioni virali, specie epatiche, considerata la particolare situazione epidemiologica degli anni '70/'80.

Una frequente decisione di alcune CMO

In linea con quella parte della dottrina medico legale riportata nella precedente pagina, nelle decisioni di alcune Commissioni Mediche Ospedaliere abbiamo dovuto spesso leggere che “*per il riferimento eziologico (attribuzione di un processo morboso ad un dato fatto) il non poter dimostrare insorgenza di alterazioni documentate nel periodo di un anno, fa escludere il nesso di causalità, essendo nota la contagiosità dell’affezione anche per vie diverse da quella parenterale*”³. Fortunatamente, almeno per la casistica osservata da questo Ufficio, tale orientamento non è stato condiviso dal Ministero della Salute in sede di ricorso amministrativo.

³ In proposito ricordiamo che in ambito assai diverso da quello amministrativo e precisamente in quello civilistico, le più recenti sentenze della Cassazione, nel qualificare la responsabilità professionale del sanitario e della struttura sanitaria come “contrattuale”, hanno voluto favorire la parte più debole del procedimento non solo sotto il profilo di un più ampio termine prescrizione, ma soprattutto per l’inversione dell’onere della prova che governa la responsabilità da inadempimento. In tale contesto giurisprudenziale e dottrinale appare di dubbia legittimità, sotto il profilo della correttezza amministrativa, l’utilizzo del principio dell’onere della prova in un procedimento amministrativo. Oltretutto, pretendere quanto ritenuto dalla CMO, è richiedere una cosiddetta “*probatio diabolica*”, che non può essere richiesta in ambito medico-legale.

7.3 DOPPIA PATOLOGIA

L'art. 2, comma 7 della legge n. 210/92, così come sostituito dall'art. 1, comma 7 della legge n. 238/97 stabilisce che *“ai soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia ad ognuna delle quali sia conseguito un esito invalidante distinto è riconosciuto, in aggiunta ai benefici previsti dal presente articolo un indennizzo aggiuntivo, stabilito dal Ministero della sanità con proprio decreto, in misura non superiore al 50% di quello previsto ai commi 1 e 2”*.

A tutt'oggi il Ministero della Salute mantiene su detto articolato una interpretazione restrittiva che non trova corrispondenza nella sua formulazione.

Infatti continua a notificare decisioni delle CMO di Regioni a statuto speciale ed a sostenerle nei successivi ricorsi come la seguente: *“Le due patologie in diagnosi (sieropositività al virus dell'epatite C e B) non possono considerarsi, a mente della circolare del Ministero della Sanità del 15 maggio 1996, come due patologie diverse, ma come aumento del rischio di maggiore evolutività della malattia”*.

Occorre ricordare che il contrarre più di una malattia che esiti in uno stato invalidante distinto non può essere ricondotto, come la mera interpretazione ministeriale suggerisce, ai soli casi di “duplice infezione” (da virus epatici e da HIV che vanno ad interessare due distinti organi: fegato e sistema immunitario)¹. L'articolato sembra piuttosto far riferimento – nel caso di epatopatia da HCV/HBV – ai non frequenti casi di insorgenza di patologie di per se stesse invalidanti a carico di altri e diversi organi quali apparati endocrino (tiroiditi), renale (glomerulonefrite), osteo-articolare (polimialgie reumatiche) conseguenti ad originaria patologia epatica HCV correlata.

¹ Spunti, condivisi da questo Ufficio, ripresi dallo “Studio sulla legge 25 febbraio 1992, n. 210-Osservazioni, Considerazioni” redatto a cura del responsabile della U.O. Legge n. 210/92 della ASL RM B Giuseppe Moretti” - Roma 2003.)

8 ASPETTI GIURIDICI

Oltre alle argomentazioni giuridiche sviluppate nei precedenti capitoli riportati si ritiene utile fare cenno ai seguenti aspetti:

8.1	INTERESSI LEGALI	163
8.2	ADEGUAMENTO ISTAT	164
8.3	DANNO BIOLOGICO, DANNO MORALE ED ESISTENZIALE	165
8.4	LEGITTIMAZIONE PASSIVA	167
8.5	RICORSO GIUDIZIALE	169

8.1 INTERESSI LEGALI

Come è noto il Ministero della salute, le Regioni e le ASL, nell'erogare gli arretrati spettanti dal primo giorno del mese successivo della presentazione della domanda, all'accoglimento del beneficio (a volte passano degli anni), non calcolano gli interessi legali maturati a partire dal 121° giorno dalla data della domanda, avvalendosi anche di quanto affermato nelle linee guida interregionali approvate dalla Conferenza Stato-Regioni in data 1/8/2002, che riportiamo:

“Per quanto riguarda eventuali richieste relative alla corresponsione di interessi legali sulle somme corrispondenti agli interessi dovuti si rileva che in assenza di specifiche disposizioni di legge l'ente competente per il riconoscimento degli indennizzi non è tenuto a corrispondere gli interessi legali sulle somme arretrate liquidate. I benefici assegnati ex legge 210/92 hanno natura solidale e quindi non sono equiparabili alle fattispecie previste dall'art. 7 della legge 533/73 attinenti a materia di accessori sui crediti previdenziali o assistenziali“.

Occorre precisare che la consolidata giurisprudenza (costituzionale, di legittimità e di merito)¹ ha più volte ribadito che la corresponsione di tale indennità ha natura non risarcitoria bensì assistenziale e che le controversie rientrano in quelle previste dall'art. 442 c.p.c. e pertanto di competenza del giudice del lavoro proprio come previsto per le cause in materia di previdenza e assistenza obbligatoria.

Di conseguenza *l'ente competente per il riconoscimento degli indennizzi* è tenuto a corrispondere, così come previsto dall'art 7 della legge 533/1973, gli interessi legali sulle somme arretrate liquidate a decorrere dal 121° giorno successivo alla domanda di indennizzo, con l'applicabilità di tutte le disposizioni che regolano la materia incluso il disposto dell'art 1194 c.c. e nel caso non ottemperasse a tale obbligo, neppure a seguito della diffida² inoltrata, è possibile proporre azione giudiziaria. Nella tabella che segue si riporta il tasso di interesse legale degli ultimi anni. Per ulteriori approfondimenti vedere tabelle riprodotte nel capitolo allegati.

ANNO	TASSO %	ANNO	TASSO %	ANNO	TASSO %
1995	10	1999	2,5	2003	3
1996	10	2000	2,5	2004	2,5
1997	5	2001	3,5	2005	2,5
1998	5	2002	3	2006	2,5

¹ Cass. Civ. Sez Lavoro 13923/2000, 6799/2002, 7341/2003, 17047/2003, Tribunale Firenze 17.02.2001 Tribunale di Genova 11.10.2001

² Vedi schema riportato nel capitolo 4 dedicato alla modulistica

8.2 ADEGUAMENTO ISTAT

Come per gli interessi legali, anche per il mancato adeguamento rivalutativo dell'indennità integrativa speciale di cui all'art. 2, comma 1 legge 25/2/1992, n.210 e successive modifiche, sulla base del tasso di inflazione programmato (TIP) si è ormai consolidato un orientamento giurisprudenziale, sia da parte dei giudici di merito che della Corte di Cassazione, tendente al riconoscimento di tale beneficio sia sulle maturande rate che sugli arretrati.

In particolare la Cassazione Civile con sentenza n. 15894 del 28/07/2005 ha ribadito che va annualmente adeguato sulla base del tasso di inflazione programmato (TIP) l'intero indennizzo, comprensivo dell'indennità integrativa speciale e non invece la sola voce "indennizzo in senso stretto, accogliendo e recependo così sostanzialmente l'orientamento diffusosi nella giurisprudenza di merito, secondo cui l'indennizzo de quo va considerato globalmente come un solo emolumento, stante la natura dell'indennità integrativa speciale che, così come riconsiderata dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 403/98, è andata trasformandosi nel tempo da elemento separato ed aggiuntivo della retribuzione, introdotto per difendere gli stipendi dei dipendenti pubblici dall'erosione dell'inflazione, in componente vera e propria della retribuzione.

Pertanto in molti casi i giudici di merito hanno riconosciuto il pagamento degli arretrati maturati a decorrere dalla data del riconoscimento dell'indennizzo stesso, calcolati, ovviamente, tenendo conto di tutti gli adeguamenti che, annualmente, avrebbero dovuti essere applicati alle tabelle di riferimento dalla data di entrata in vigore della legge 210/92, oltre gli interessi legali sull'importo maturato.

Anche in questo caso, dopo aver spedito la diffida¹, è fattibile la proposizione di azioni giudiziali², sempre presso il Tribunale – Sezione Lavoro, competente per territorio, in base alla residenza del ricorrente.

Per ulteriori approfondimenti si rinvia ad un commento pubblicato nel capitolo 13 allegati.

¹ Vedi schema riportato nel capitolo 4 dedicato alla modulistica

² Le tabelle dei calcoli sono riportate nel capitolo 13 allegati

8.3 DANNO BIOLOGICO, DANNO MORALE ED ESISTENZIALE¹

Come si è visto l'indennizzo previsto dalla legge 210 ha carattere meramente assistenziale e le somme vengono elargite proprio per affrontare le spese e le difficoltà quotidiane dovute alla limitazione psico-fisica in forza della malattia contratta a causa di vaccinazioni, trasfusioni di sangue e suoi derivati.

Tale ristoro, che prescinde da ogni addebito di colpa, non comprende le gravi menomazioni alla salute (danno biologico), i danni morali, quelli alla vita di relazione della persona e quelli patrimoniali.

Nel nostro ordinamento è presente un'altra forma di tutela, quella giurisdizionale, ben individuata dal codice civile e per la fattispecie che ci interessa, principalmente, disciplinata dagli artt. 2043 e 2050. In questo caso si parla non più di indennizzo ma di risarcimento che si fonda invece su di un giudizio di colpa da parte della struttura sanitaria che ha erogato la prestazione sanitaria e/o del Ministero della Salute. Quest'ultimo, in particolare, in base ad alcune sentenze è stato ritenuto responsabile di aver omesso di emanare tempestivi provvedimenti a garanzia della incolumità pubblica, di non aver esercitato il controllo sulla sicurezza del sangue e plasma importato dall'estero e di non aver posto in essere la necessaria vigilanza sui canali di approvvigionamento, distribuzione e preparazione degli emoderivati.

Più che analizzare la giurisprudenza in materia ci pare opportuno soffermarci sugli interventi operati dal Parlamento su questa delicata e controversa materia.

Il Decreto Legge 23/4/2003, n. 89, convertito con legge 20/6/2003, n.141 ed il decreto legge 5/12/2005, n. 250 hanno autorizzato il Ministero della Salute ad effettuare numerose transazioni riservate a soggetti emofilici danneggiati da somministrazione di emoderivati, secondo le indicazioni fornite dal gruppo tecnico paritetico istituito con DM 13/3//2002, erogando degli importi² non basati sulla

¹ Vedi glossario. Per approfondimenti si fa rinvio alle più recenti sentenze della Cassazione Civile (n. 720/2006; sez. U. n. 6572/2006; sez. I n. 7145/2006; sez. III n.13546/2006; sez. III n. 15760; n. 2546/2997)

²

RIFERIMENTO AL CASO	ETA'	EURO
Decesso		619,748,28
Almeno una sentenza favorevole	Tra 0 e 40 anni	464.811,21
Almeno una sentenza favorevole	Tra 41 e 50	452,311,21
Almeno una sentenza favorevole	Oltre 50 anni	439,811,21
Non vi è ancora sentenza	Tra 0 e 40 anni	413.165,52
Non vi è ancora sentenza	Tra 41 e 50 anni	400.665,52
Non vi è ancora sentenza	Oltre 50	388.165,52

gravità della malattia³ o quantomeno su parametri misti (danno–età), bensì prendendo in considerazione solo l'età dei soggetti al momento della manifestazione del danno.

Con legge 229/2005 recante “*disposizioni in materia di indennizzo a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie*”, il legislatore ha riconosciuto a questi sfortunati cittadini un incremento⁴ dell'indennizzo già erogato ai sensi della legge 210/92 indipendentemente dall'attivazione, o meno, di un contenzioso giudiziale.

Coloro che hanno in corso una causa per la richiesta del risarcimento dei danni, di qualsiasi ordine e grado, debbono rinunciare con atto formale alla prosecuzione del giudizio per potere usufruire dei benefici previsti dalla legge.

A distanza di un anno e mezzo dalla sua emanazione la legge non ha ancora prodotto alcun effetto pratico.

Per quanto riguarda, infine, le ottimistiche previsioni di successo che fanno intravedere non pochi studi legali riguardo le nuove richieste dei danni biologici, morali, parentali e patrimoniali, ci sembra doveroso ricordare che nella prevalente recente giurisprudenza (Tribunali di Venezia, Bologna, Torino, Catania e la stessa Cassazione ecc.) si sono introdotti principi negativi che impongono di consigliare la massima prudenza nell'intraprendere, oggi, tali cause, che allo stato dei fatti non offrono significative possibilità di successo.

Occorre rilevare che anche nei casi ove le causa hanno avuto successo, purtroppo, le modalità di risarcimento adottate dai diversi Tribunali hanno creato una concreta sperequazione fra i cittadini interessati dal momento che presso questi Tribunali sono stati individuati parametri di riferimento per la monetizzazione del danno biologico assolutamente diversi e non sempre condivisibili.

³ Ciò ha portato a risarcire anche soggetti con epatite spontaneamente guarita (assenza di viremia, senza danno anatomico e con parametri di funzionalità epatica nella norma)

⁴ L'indennizzo aggiuntivo consiste in un assegno vitalizio pari a:

6 volte la somma percepita in base alle categorie I, II, III e IV

5 volte la somma percepita in base alle categorie V e VI

4 volte la somma percepita in base alle categorie VII e VIII

È previsto un ulteriore assegno una tantum pari ad un massimo di 10 annualità dell'indennizzo aggiuntivo per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo aggiuntivo

8.4 LEGITTIMAZIONE PASSIVA

Una particolare attenzione merita la questione della legittimazione passiva, che neppure la giurisprudenza è riuscita del tutto a chiarire.

L'art. 8 comma 1° della Legge 210/1992 prevedeva che *“gli indennizzi previsti dalla presente legge sono corrisposti dal Ministero della Sanità”*.

Successivamente l'art. 114 del decreto legislativo 112/1998 stabiliva che spettano alle Regioni *“tutte le funzioni ed i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria (e tra questi anche le funzioni in materia di legge 210/1992) , salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato”*.

L'art. 4 dello stesso decreto legislativo n° 112/1998 prevedeva che *“relativamente alle funzioni ed ai compiti conferiti alle regioni e agli enti locali con il presente decreto legislativo, è conservato allo Stato il potere di indirizzo e coordinamento da esercitarsi ai sensi dell'art. 8 della legge 15 Marzo 1997, n°59”*.

L'art. 123 dello stesso decreto legislativo, inoltre, statuiva che *“sono conservate allo Stato le funzioni in materia di ricorsi per la corresponsione degli indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati”*.

Successivamente con il D.P.C.M. del 26/05/2000 le Regioni venivano investite dei poteri inerenti le funzioni ed i compiti relativi alle competenze in materia sanitaria con il pieno passaggio delle risorse umane, finanziarie e strumentali a decorrere dal 01/01/2001, mentre all'art. 2 comma 4 del predetto D.P.C.M. era previsto che *“restano a carico dello Stato gli eventuali oneri derivanti dal contenzioso riferito a fatti precedenti il trasferimento”*.

Infine, l'art. 3 comma 1 del D.P.C.M. dell'08/01/2002 precisava che *“restano a carico dello Stato, ai sensi dell'art. 2, comma 4, del D.P.C.M. del 26/05/2000, gli oneri a qualsiasi titolo derivanti dal contenzioso riferito a qualsiasi ricorso giurisdizionale concernenti le istanze di indennizzo trasmesse sino al 21 febbraio 2001 al Ministero della sanità, dalle aziende sanitarie locali”*

Se per le istanze di indennizzo presentate a tutto il 21/02/ 2001 è indubbio che l'unico soggetto tenuto alla corresponsione dell'indennizzo ex legge 210/1992 è il Ministero della Salute, cui spetta la legittimazione passiva in giudizio; per le istanze presentate dopo il 21/02/2001, invece, non vi è uniformità di parere da parte della giurisprudenza di merito, tanto che vi sono state contrastanti pronunce al riguardo.

Mentre alcune sentenze¹ stabiliscono che la legittimazione passiva spetta alle Regioni in virtù del sopravvenuto trasferimento di funzioni determinatosi con i due D.P.C.M. del 26/05/2000 e dell'08/01/2002, altre sentenze² invece ritengono che la legittimazione passiva spetti al Ministero della salute sull'assunto che le norme dei due D.P.C.M. del 26/05/2000 e dell'08/01/2002 non possono derogare a quanto stabilito dall' art. 123 del decreto legislativo 112/1998, in quanto il D.P.C.M. trattasi di fonte normativa di rango inferiore al decreto legislativo e come tale inidonea a derogare alla previsione inequivoca di competenza dello Stato.

Infine, non hanno certo contribuito a risolvere il contrasto esistente nella giurisprudenza di merito, alcune recenti sentenze (Tribunale di Napoli, Sez. Lavoro sentenza n. 7687/2005, e n. 7757/2005 che hanno ritenuto sussistere la legittimazione passiva in capo sia al Ministero della Salute che alle Regioni per il mancato adeguamento rivalutativo dell'indennità integrativa speciale.

Pertanto, fino a quando non prevarrà uno di questi orientamenti giurisprudenziali si consiglia di intentare le cause sia nei confronti del Ministero della salute, che della Regione e/o ASL (ove queste sono state delegate a propria volta dalle Regioni).

Un approfondimento su questa controversa materia è riportato nel capitolo 13 allegati.

¹ Corte di Appello di Venezia sentenza n° 414/2005.

² Trib. Lucca Sentenze n. 638/2003 e n. 199/2004; Trib. Massa sentenza n. 18/2004; Trib. Pisa sentenze n. 1013/2002, n. 88/2003e n. 251/2006; Trib. Grosseto , sentenze n. 691/2004 e n. 87/2004; Trib. Firenze sentenza n. 278/2004, n.279/2004, n.569/2004; Trib. Pistoia sentenza n. 498/2004; Trib. Chieti sentenza n. 611/2003; Trib. Roma sentenza n. 20707/2003; Trib. Milano sentenza n. 103/2004; Corte di Appello di Torino sentenza n° 1044/2006; Trib. Bologna Sezione Lavoro, 08/06/2004 n. 329. massima su Guida al Diritto, 2004, n° 38, pag. 70.

8.5 RICORSO GIUDIZIALE

Ove dopo aver presentato il ricorso amministrativo avverso la decisione negativa della CMO, il Ministero della Salute notifici una decisione sfavorevole, il cittadino, tramite un legale, può impugnare questo provvedimento (decreto ministeriale) entro un anno dalla comunicazione dello stesso presso il Tribunale territorialmente competente in base alla residenza del ricorrente, con il rito del processo del lavoro, trattandosi di materia assistenziale.

La legge 210/92 prevede, infatti, la facoltà di *“esperire l'azione dinanzi al giudice ordinario entro un anno dalla comunicazione della decisione sul ricorso o, in difetto, dalla scadenza del termine previsto per la comunicazione”* - tre mesi più trenta giorni – (art. 5, commi 2 e 3).

Ne consegue che il termine da tenere presente è sempre quello di un anno più tre mesi più trenta giorni, tenuto conto che il Ministero della Salute impiega, in media, oltre 24 mesi per la decisione sul ricorso amministrativo.

Ciò nasconde una grave insidia per i cittadini che rischiano di attivarsi a termine già scaduto e quindi vedersi opporre la decadenza. Infatti il Giudice, nella fase delle questioni di rito rilevabili d'ufficio, preliminari all'esame di merito, accertato il decorso di tale termine, potrebbe emettere una sentenza di irricevibilità in base alle disposizioni contemplate dall'art. 5, comma 3 della legge 210/92.

Ulteriore incertezza è stata alimentata dal Decreto del Ministero della Sanità n. 514 del 18/11/1998, pubblicato in G.U. n. 55 dell'8/3/1999, il quale, avendo ampliato i termini (da tre mesi più trenta giorni a 390 giorni) per la conclusione del procedimento riguardante la decisione sul ricorso gerarchico, potrebbe, secondo una non unanime dottrina giuridica, aver “spostato in avanti” i termini temporali per esperire le azioni giudiziarie. Comunque anche tale termine è pur sempre inferiore ai tempi impiegati dal Ministero per comunicare le risposte sui ricorsi amministrativi.¹

¹ Il Disegno di legge n. 1523 presentato alla Camera il 31 luglio 2006, prevede, tra l'altro, una modifica per superare questa ingiusta e penalizzante procedura.

9. NORMATIVA

9.1	LEGGI	
-	L. 25 febbraio 1992, n. 210	173
-	D.L. 23 ottobre 1996, n. 548	177
-	L. 20 dicembre 1996, n. 641	178
-	L. 25 luglio 1997, n. 238	179
-	L. 14 ottobre 1999, n. 362	181
-	D.L. 23 aprile 2003, n. 89	182
-	L. 24 dicembre 2003, n. 350	183
-	L. 29 ottobre 2005, n. 229	184
9.2	REGOLAMENTI DI ATTUAZIONE	
-	D.P.R. 23 dicembre 1978 n. 915	186
-	D.M. 18 novembre 1998 n. 514	192
93	CIRCOLARI	
-	Ministero della sanità e Ministero della difesa - Direttiva Tecnica 28/12/1992	195
-	Ministero della sanità - 3 maggio 1994 n. 500.VII/AG.3/6274-bis	196
-	Presidenza del Consiglio dei Ministri - 3-7-1996 n. 296	198
-	Presidenza del Consiglio dei Ministri - 25-10-1996 n. 8198	199
-	Ministero della sanità - 14-11-1996 n. 900.U.S./L.210/AG/3/6072	200
-	Ministero della sanità – 11.03.1998 DPS/XV/L.210/AG3/20637	205
-	I.N.P.S. – 10.10.2000 n. 172	206
-	I.N.P.S. – 06.12.2000 n. 203	207
9.4	PARERI E NOTE INFORMATIVE	
-	Istituto Superiore di Sanità – 5 ottobre 1995 n.22110/BLC 12 VIR IMM	208
-	Istituto Superiore di Sanità – 5 ottobre 1995 n.22111/BLC 12 VIR IMM	209
-	Ufficio Speciale Legge 210/92 - nota Informativa per CMO – 1995	210
-	Ufficio Speciale Legge 210/92 – direttive alle USL 14 febbraio 1997	211
-	Ministero della Salute - Ufficio VIII nota DGPSML/uffVIII/2534	212

9.1 LEGGI

L. 25 febbraio 1992, n. 210

Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati¹

Articolo 1

1. Chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla presente legge²

2. L'indennizzo di cui al comma 1 spetta anche ai soggetti che risultino contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati, nonché agli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.

3. I benefici di cui alla presente legge spettano altresì a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali³

4. I benefici di cui alla presente legge spettano alle persone non vaccinate che abbiano riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, i danni di cui al comma 1; alle persone che, per motivi di lavoro o per incarico del loro ufficio o per potere accedere ad uno Stato estero, si siano sottoposte a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie; ai soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere che si siano sottoposti a vaccinazioni anche non obbligatorie⁴

¹ Vedi, anche, la L. 25 luglio 1997, n. 238 riportata nelle pagine seguenti

² Con sentenza 23-26 febbraio 1998, n. 27, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, nella parte in cui non prevede il diritto all'indennizzo, alle condizioni ivi stabilite, di coloro che siano stati sottoposti a vaccinazione antipoliomielitica nel periodo di vigenza della legge 30 luglio 1959, n. 695. La stessa Corte, con sentenza 9-16 ottobre 2000, n. 423, ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità dell'art. 1, comma 1, nella parte in cui non prevede il diritto all'indennizzo, alle condizioni ivi stabilite, di coloro che siano stati sottoposti a vaccinazione anti epatite B, a partire dall'anno 1983. Vedi, anche, l'art. 3, L. 14 ottobre 1999, n. 362 e l'art. 1, L. 29 ottobre 2005, n. 229.

³ La Corte costituzionale, con sentenza 8-22 giugno 2000, n. 226, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 1 e 2, come integrati dall'art. 1, comma 2, della legge 25 luglio 1997, n. 238, sollevata in riferimento agli artt. 2, 3, 32 e 38 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 2, prima parte - come modificato dall'art. 7, comma 1, del decreto-legge 23 ottobre 1996, n. 548, convertito in legge 20 dicembre 1996, n. 641 - e dell'art. 3, comma 7, sollevata in riferimento agli artt. 2, 3, secondo comma, e 38 della Costituzione. Con successiva sentenza 9-16 ottobre 2000, n. 423, la stessa Corte ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 1, comma 3, e 2, commi 1 e 2, sollevata in riferimento agli artt. 2 e 38 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 1 e 2, come integrati dall'art. 1, comma 2, della legge 25 luglio 1997, n. 238 sollevata in riferimento agli artt. 3 e 32 della Costituzione.

⁴ La Corte costituzionale, con sentenza 20-26 novembre 2002, n. 476, ha dichiarato l'illegittimità del presente comma, nella parte in cui non prevede che i benefici previsti dalla legge stessa spettino anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e durante il medesimo, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti. Successivamente la stessa Corte, con ordinanza 15-21 novembre 2000, n. 522), ha dichiarato la manifesta infondatezza della questione di legittimità costituzionale degli artt. 1 e 2 come integrati dall'art. 1, comma 2, della legge 25 luglio 1997, n. 238 sollevata in riferimento agli artt. 3 e 32 della Cost. e già rigettata.

Articolo 2

1. L'indennizzo di cui all'articolo 1, comma 1, consiste in un assegno, reversibile per quindici anni, determinato nella misura di cui alla tabella B allegata alla legge 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dall'articolo 8 della legge 2 maggio 1984, n. 111. L'indennizzo è cumulabile con ogni altro emolumento a qualsiasi titolo percepito ed è rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato.

2. L'indennizzo di cui al comma 1 è integrato da una somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale di cui alla legge 27 maggio 1959, n. 324, e successive modificazioni, prevista per la prima qualifica funzionale degli impiegati civili dello Stato, ed ha decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda ai sensi dell'articolo 3. La predetta somma integrativa è cumulabile con l'indennità integrativa speciale o altra analoga indennità collegata alla variazione del costo della vita. Ai soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 1, anche nel caso in cui l'indennizzo sia stato già concesso, è corrisposto, a domanda, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo previsto dalla presente legge, un assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30 per cento dell'indennizzo dovuto ai sensi del comma 1 e del primo periodo del presente comma, con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria.⁵

3. Qualora a causa delle vaccinazioni o delle patologie previste dalla presente legge sia derivata la morte, l'avente diritto può optare fra l'assegno reversibile di cui al comma 1 e un assegno una tantum di lire 150 milioni. Ai fini della presente legge, sono considerati aventi diritto nell'ordine i seguenti soggetti a carico: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro. I benefici di cui al presente comma spettano anche nel caso in cui il reddito della persona deceduta non rappresenti l'unico sostentamento della famiglia.

4. Qualora la persona sia deceduta in età minore, l'indennizzo spetta ai genitori o a chi esercita la potestà parentale.

5. I soggetti di cui all'articolo 1 sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, nonché dal pagamento della quota fissa per ricetta di cui al comma 16-ter del medesimo articolo 8 della citata legge n. 537 del 1993, introdotto dall'articolo 1 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, limitatamente alle prestazioni sanitarie necessarie per la diagnosi e la cura delle patologie previste dalla presente legge.

6. I benefici di cui alla presente legge spettano altresì al coniuge che risulti contagiato da uno dei soggetti di cui all'articolo 1, nonché al figlio contagiato durante la gestazione.

7. Ai soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia ad ognuna delle quali sia conseguito un esito invalidante distinto è riconosciuto, in aggiunta ai benefici previsti dal presente articolo, un indennizzo aggiuntivo, stabilito dal Ministro della sanità con proprio decreto, in misura non superiore al 50 per cento di quello previsto ai commi 1 e 2.⁶

Articolo 3

1. I soggetti interessati ad ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1, comma 1, presentano alla USL competente le relative domande, indirizzate al Ministro della sanità, entro il termine perentorio di tre anni nel caso di vaccinazioni o di epatiti post-trasfusionali o di dieci anni

⁵ La Corte costituzionale, con sentenza 23-26 febbraio 1998, n. 27, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 2, come sostituito dall'art. 7 del D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, convertito, con modificazioni, nella legge 20 dicembre 1996, n. 641, e dell'art. 1, comma 2, della predetta legge 20 dicembre 1996, n. 641, sollevata in riferimento agli artt. 2, 32, 38, primo e terzo comma, e 136 della Costituzione.

⁶ Così sostituito dall'art. 7, D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, e la Corte costituzionale, con sentenza 15-18 aprile 1996, n. 118, aveva dichiarato la parziale illegittimità costituzionale del comma 2 nel vecchio testo. La Corte Costituzionale, con ordinanza 15-21 novembre 2000, n. 522, ha dichiarato la manifesta infondatezza della questione di legittimità costituzionale degli artt. 1 e 2 come integrati dall'art. 1, comma 2, della legge 25 luglio 1997, n. 238 sollevata in riferimento agli artt. 3 e 32 della Cost. e già rigettata con sentenza 8-22 giugno 2000, n. 226.

nei casi di infezioni da HIV. I termini decorrono dal momento in cui, sulla base delle documentazioni di cui ai commi 2 e 3, l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno. La USL provvede, entro novanta giorni dalla data di presentazione delle domande, all'istruttoria delle domande stesse e all'acquisizione del giudizio di cui all'articolo 4, sulla base di direttive del Ministero della sanità, che garantiscono il diritto alla riservatezza anche mediante opportune modalità organizzative¹².

1-bis. Chiunque, nell'esercizio delle proprie funzioni, venga a conoscenza di casi di persone danneggiate da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, è tenuto a rispettare il segreto d'ufficio e ad adottare, nell'ambito delle proprie competenze, tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona interessata¹³.

2. Alla domanda è allegata la documentazione comprovante: la data della vaccinazione, i dati relativi al vaccino, le manifestazioni cliniche conseguenti alla vaccinazione e l'entità delle lesioni o dell'infermità da cui è derivata la menomazione permanente del soggetto.

3. Per le infezioni da HIV la domanda deve essere corredata da una documentazione comprovante la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati con l'indicazione dei dati relativi all'evento trasfusionale o all'emoderivato, nonché la data dell'avvenuta infezione da HIV.

4. Alla domanda di indennizzo ai sensi dell'articolo 2, comma 3, è allegata la documentazione comprovante: la data della vaccinazione, i dati relativi al vaccino, le manifestazioni cliniche conseguenti alla vaccinazione e il decesso. Per le infezioni da HIV alla domanda è allegata la documentazione comprovante la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati con l'indicazione dei dati relativi all'evento trasfusionale o all'emoderivato, nonché la data dell'avvenuto decesso.

5. Il medico che effettua la vaccinazione di cui all'articolo 1 compila una scheda informativa dalla quale risultino gli eventuali effetti collaterali derivanti dalle vaccinazioni stesse.

6. Il medico che effettua trasfusioni o somministra emoderivati compila una scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione.

7. Per coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, hanno già subito la menomazione prevista dall'articolo 1, il termine di cui al comma 1 del presente articolo decorre dalla data di entrata in vigore della legge stessa¹⁴.

Articolo 4

1. Il giudizio sanitario sul nesso causale tra la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio e la menomazione dell'integrità psico-fisica o la morte è espresso dalla commissione medico-ospedaliera di cui all'articolo 165 del testo unico approvato con D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092.

2. La commissione medico-ospedaliera redige un verbale degli accertamenti eseguiti e formula il giudizio diagnostico sulle infermità e sulle lesioni riscontrate.

3. La commissione medico-ospedaliera esprime il proprio parere sul nesso causale tra le infermità o le lesioni e la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio.

4. Nel verbale è espresso il giudizio di classificazione delle lesioni e delle infermità secondo la tabella A annessa al testo unico approvato con D.P.R. 23 dicembre 1978, n.915¹⁵, come sostituita dalla tabella A allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.

¹² comma così sostituito prima dall'art. 7, D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, e dall'art. 1, L. 25 luglio 1997, n. 238.

¹³ comma così sostituito prima dall'art. 7, D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, e dall'art. 1, L. 25 luglio 1997, n. 238.

¹⁴ La Corte costituzionale, con sentenza 15-18 aprile 1996, n. 118, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 2, comma 2, e 3, comma 7, nella parte in cui escludono, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento prima dell'entrata in vigore della predetta legge e l'ottenimento della prestazione determinata a norma della stessa legge, il diritto - fuori dell'ipotesi dell'art. 2043 del codice civile - a un equo indennizzo a carico dello Stato per le menomazioni riportate a causa di vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica da quanti vi si siano sottoposti e da quanti abbiano prestato ai primi assistenza personale diretta.

Articolo 5

1. Avverso il giudizio della commissione di cui all'articolo 4, è ammesso ricorso al Ministro della sanità. Il ricorso è inoltrato entro trenta giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.
2. Entro tre mesi dalla presentazione del ricorso, il Ministro della sanità, sentito l'ufficio medico-legale, decide sul ricorso stesso con atto che è comunicato al ricorrente entro trenta giorni.
3. È facoltà del ricorrente esperire l'azione dinanzi al giudice ordinario competente entro un anno dalla comunicazione della decisione sul ricorso o, in difetto, dalla scadenza del termine previsto per la comunicazione.

Articolo 6

1. Nel caso di aggravamento delle infermità o delle lesioni, l'interessato può presentare domanda di revisione al Ministro della sanità, tramite la USL territorialmente competente, entro sei mesi dalla data di conoscenza dell'evento¹⁶
2. Per il giudizio sull'aggravamento si osserva la procedura di cui agli articoli 3 e 4.

Articolo 7

1. Ai fini della prevenzione delle complicanze causate da vaccinazioni, le unità sanitarie locali predispongono e attuano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, progetti di informazione rivolti alla popolazione e in particolare ai donatori e ai soggetti riceventi materiali biologici umani, alle persone da vaccinare e alle persone a contatto.
2. I progetti di cui al comma 1 assicurano una corretta informazione sull'uso dei vaccini, sui possibili rischi e complicanze, sui metodi di prevenzione e sono prioritariamente rivolti ai genitori, alle scuole ed alle comunità in genere.
3. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, curano la raccolta dei dati conoscitivi sulle complicanze da vaccino, anche al fine di adeguare a tali dati i progetti di informazione e i metodi di prevenzione.

Articolo 8

8. 1. Gli indennizzi previsti dalla presente legge sono corrisposti dal Ministero della sanità.
2. All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 19 miliardi per l'anno 1992 e in lire 10 miliardi a decorrere dal 1993, si provvede mediante riduzione dello stanziamento iscritto al capitolo 4550 dello stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1992 e corrispondenti capitoli per gli anni successivi.
3. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

¹⁵ Riportato nelle pagine che seguono.

¹⁶ Comma così modificato dall'art. 6, D.L. 23 ottobre 1996, n.548

D.L. 23 ottobre 1996 n. 548

Interventi per le aree depresse e protette, per manifestazioni sportive internazionali, nonché modifiche alla L. 25 febbraio 1992, n. 210¹⁷.

(omissis)

Articolo 7

Modifica e integrazione della legge 25 febbraio 1992, n. 210

1¹⁸..

2. In attesa di una nuova e più completa disciplina legislativa, le disposizioni di cui al comma 1 si applicano per gli anni 1995 e 1996.

3. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, pari a lire 90 miliardi per l'anno 1995 e a lire 91 miliardi per l'anno 1996, si provvede, quanto a lire 90 miliardi per l'anno 1995 e a lire 60,5 miliardi per l'anno 1996, a carico dello stanziamento iscritto al capitolo 2599 dello stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1995 e corrispondente capitolo per l'esercizio 1996, e quanto a lire 30,5 miliardi per l'anno 1996 mediante riduzione dello stanziamento del capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per lo stesso anno.

4.¹⁹.

5. Le domande già presentate al Ministero della sanità, per le quali alla data di entrata in vigore del presente decreto non è ancora iniziata l'istruttoria, sono trasmesse agli assessorati alla sanità delle regioni e delle province autonome, per l'ulteriore invio alle USL territorialmente competenti ai fini degli adempimenti previsti dal comma 4.

6. Al comma 1 dell'articolo 6 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, dopo le parole: «Ministro della sanità» sono inserite le seguenti: «tramite la USL territorialmente competente,».

L. 20 dicembre 1996, n. 641.

¹⁷ Convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 20 dicembre 1996, n. 641. Il comma 2 dello stesso art. 1 ha, inoltre, disposto che restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodotti ed i rapporti giuridici sorti sulla base del D.L. 1° luglio 1996, n. 344, e del D.L. 30 agosto 1996, n. 450.

¹⁸ Ha sostituito l'art. 2, L. 25 febbraio 1992, n. 210 riportato nelle pagine precedenti.

Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, recante interventi per le aree depresse e protette, per manifestazioni sportive internazionali, nonché modifiche alla L. 25 febbraio 1992, n. 210.

Articolo 1

1. Il decreto-legge 23 ottobre 1996, n. 548²⁰, recante interventi per le aree depresse e protette, per manifestazioni sportive internazionali, nonché modifiche alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi ed i rapporti giuridici sorti sulla base dei D.L. 1° luglio 1996, n. 344, e D.L. 30 agosto 1996, n. 450.

L. 25 luglio 1997, n. 238.

¹⁹ Ha sostituito il comma 1 dell'art. 3, L. 25 febbraio 1992, n. 210, riportato alle pagine precedenti.
²⁰ Riportato nella precedente pagina.

Modifiche ed integrazioni alla L. 25 febbraio 1992, n.210 in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati.

Articolo 1

1. L'indennizzo di cui all'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, consiste in un assegno, reversibile per quindici anni, determinato nella misura di cui alla tabella B allegata alla legge 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dall'articolo 8 della legge 2 maggio 1984, n. 111. L'indennizzo è cumulabile con ogni altro emolumento a qualsiasi titolo percepito ed è rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato.

2. L'indennizzo di cui al comma 1 è integrato da una somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale di cui alla legge 27 maggio 1959, n. 324, e successive modificazioni, prevista per la prima qualifica funzionale degli impiegati civili dello Stato, ed ha decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda. La predetta somma integrativa è cumulabile con l'indennità integrativa speciale o altra analoga indennità collegata alla variazione del costo della vita. Ai soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, anche nel caso in cui l'indennizzo sia stato già concesso, è corrisposto, a domanda, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo, un assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30 per cento dell'indennizzo dovuto ai sensi del comma 1 del presente articolo e del primo periodo del presente comma, con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria.

3. Qualora a causa delle vaccinazioni o delle patologie previste dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210, sia derivata la morte, l'avente diritto può optare fra l'assegno reversibile di cui al comma 1 e un assegno una tantum di lire 150 milioni. Ai fini della presente legge, sono considerati aventi diritto, nell'ordine, i seguenti soggetti: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni. I benefici di cui al presente comma spettano anche nel caso in cui il reddito della persona deceduta non rappresenti l'unico sostentamento della famiglia. Ai soggetti ai quali è stato già corrisposto l'assegno una tantum nella misura di lire 50 milioni spetta, a domanda, da presentare entro il termine del 30 settembre 1997, l'integrazione di lire 100 milioni, con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria.

4. Qualora la persona sia deceduta in età minore, l'indennizzo spetta ai genitori o a chi esercita la potestà parentale.

5. I soggetti di cui all'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, nonché dal pagamento della quota fissa per ricetta di cui al comma 16-ter del medesimo articolo 8, introdotto dall'articolo 1 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, limitatamente alle prestazioni sanitarie necessarie per la diagnosi e la cura delle patologie previste dalla predetta legge n. 210 del 1992.

6. I benefici di cui alla presente legge spettano altresì al coniuge che risulti contagiato da uno dei soggetti di cui all'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, nonché al figlio contagiato durante la gestazione.

7. Ai soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia ad ognuna delle quali sia conseguito un esito invalidante distinto è riconosciuto, in aggiunta ai benefici previsti dal presente articolo, un indennizzo aggiuntivo, stabilito dal Ministro della sanità con proprio decreto, in misura non superiore al 50 per cento di quello previsto ai commi 1 e 2.

8. [Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 si applicano limitatamente all'anno 1997]²¹. Alla copertura dei maggiori oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni previste ai commi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7, valutati pari a lire 64,6 miliardi per l'anno 1997, si

²¹ [Periodo soppresso dall'art. 3, L. 14 ottobre 1999, n. 362.](#)

provvede, per il medesimo anno, mediante riduzione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente con corrispondente contenimento dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

9.²².

10.²³.

11. Le domande già presentate al Ministero della sanità, per le quali alla data di entrata in vigore della presente legge non è ancora iniziata l'istruttoria, sono trasmesse, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, agli assessorati alla sanità delle regioni e delle province autonome, che provvedono, entro novanta giorni dalla data del ricevimento, ad inviarle alle aziende unità sanitarie locali territorialmente competenti ai fini degli adempimenti previsti dall'articolo 3, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210, come sostituito dal comma 9 del presente articolo.

12. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, le commissioni medico - ospedaliere di cui all'articolo 4 della legge 25 febbraio 1992, n. 210 ⁽²⁾, sono integrate con medici esperti nelle materie attinenti alle richieste di indennizzo, ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 165 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 dicembre 1973, n. 1092.

13. Alla presente legge sarà data la massima pubblicità a cura degli assessorati alla sanità delle regioni e delle province autonome tramite affissione di copia della medesima presso ogni ufficio delle prefetture e delle aziende unità sanitarie locali competente in materia di invalidi civili, presso ogni caserma militare, presso gli uffici delle aziende unità sanitarie locali competenti in materia di vaccinazioni, presso tutti i consolati all'estero della Repubblica italiana, presso tutti i reparti degli ospedali e delle case di cura private, nonché nei locali adibiti al servizio trasfusionale. Essa sarà altresì pubblicata nel Bollettino ufficiale del Ministero della sanità.

Articolo 2

1. Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi ed i rapporti giuridici sorti sulla base del decreto-legge 4 aprile 1997, n. 92

Il D.L. 4 aprile 1997, n. 92 non è stato convertito in legge.

L. 14 ottobre 1999, n. 362

²² Sostituisce il comma 1 dell'art. 3, L. 25 febbraio 1992, n. 210.

²³ Aggiunge il comma 1-bis all'art. 3, L. 25 febbraio 1992, n. 210.

Disposizioni urgenti in materia sanitaria.

Articolo 3

Interventi per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, per gli indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni ed emoderivati e per la proroga del programma cooperativo italo-americano sulla terapia dei tumori.

1. *(omissis)*

2. Il primo periodo del comma 8 dell'articolo 1 della legge 25 luglio 1997, n. 238, è soppresso.

3. L'indennizzo di cui al comma 1 dell'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, spetta, alle condizioni ivi stabilite, anche a coloro che si siano sottoposti a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge 30 luglio 1959, n.695. I soggetti danneggiati devono presentare la domanda alla azienda unità sanitaria locale competente, entro il termine perentorio di quattro anni²⁴ dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. I soggetti interessati ad ottenere il beneficio di cui al comma 3 dell'articolo 1 della legge 25 luglio 1997, n. 238, presentano le relative domande alla azienda unità sanitaria locale competente.

5. *(omissis)*

6. *(omissis)*

D.L. 23 aprile 2003, n. 89

²⁴ Tale termine è scaduto il 20 ottobre 2003. Si ricorda, però, che con sentenza n. 7141/2003 la Cassazione Lavoro ha stabilito che tale termine è *ordinatorio* e non *perentorio*, in quanto nella legge manca la previsione, che avrebbe dovuto essere espressa, della decadenza nel caso del superamento del termine quadriennale

Proroga dei termini relativi all'attività professionale dei medici e finanziamento di particolari terapie oncologiche ed ematiche, nonché delle transazioni con soggetti danneggiati da emoderivati infetti.²⁵

(omissis)

Articolo 3

*Risarcimento danni da trasfusioni di sangue o emoderivati infetti*²⁶.

1. Per le transazioni da stipulare con soggetti emotrasfusi danneggiati da sangue o emoderivati infetti, che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti, è autorizzata la spesa di novantotto milioni e cinquecentomila euro per l'anno 2003 e di centonovantotto milioni e cinquecentomila euro, per ciascuno degli anni 2004 e 2005. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2003-2005, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2003, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio²⁷

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono fissati i criteri in base ai quali sono definite le transazioni di cui al comma 1 e, comunque, nell'ambito delle predette autorizzazioni, anche sulla base delle conclusioni cui è pervenuto il gruppo tecnico istituito con decreto del Ministro della salute 13 marzo 2002. [Qualora si verificassero eccedenze rispetto alle previsioni di spesa, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, saranno ridefiniti i criteri di stipulazione delle transazioni stesse]²⁸.

²⁵ Convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, L. 20 giugno 2003, n. 14, riportato nelle pagine che seguono

²⁶ Rubrica così modificata dalla *legge di conversione 20 giugno 2003, n. 141*.

²⁷ Comma così modificato dalla *legge di conversione 20 giugno 2003, n. 141*.

²⁸ Il primo periodo è stato così modificato e il secondo periodo è stato soppresso dalla legge di conversione 20 giugno 2003, n. 141. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 3 novembre 2003.

L. 24 dicembre 2003, n. 350

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato²⁹

(omissis)

Comma 145.

La reversibilità dell'assegno di cui al comma 1 dell'articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, e successive modificazioni, si intende applicabile solo in presenza delle condizioni di cui al comma 3 dell'articolo 2 della stessa legge.

²⁹ Legge della finanziaria 2004.

L. 29 ottobre 2005, n. 229³⁰

Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie.

Articolo 1

1. Ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210, è riconosciuto, in relazione alla categoria già loro assegnata dalla competente commissione medico-ospedaliera, di cui all'articolo 165 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 29 dicembre 1973, n. 1092, un ulteriore indennizzo. Tale ulteriore indennizzo consiste in un assegno mensile vitalizio, di importo pari a sei volte la somma percepita dal danneggiato ai sensi dell'articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, per le categorie dalla prima alla quarta della tabella A annessa al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni, a cinque volte per le categorie quinta e sesta, e a quattro volte per le categorie settima e ottava. Esso è corrisposto per la metà al soggetto danneggiato e per l'altra metà ai congiunti che prestano o abbiano prestato al danneggiato assistenza in maniera prevalente e continuativa. Se il danneggiato è minore di età o incapace di intendere e di volere l'indennizzo è corrisposto per intero ai congiunti conviventi di cui al precedente periodo. Rimane fermo il diritto al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale derivante da fatto illecito.

2. In caso di morte dei congiunti di cui al comma 1, l'indennizzo è erogato al danneggiato e, se minore o incapace di intendere e di volere, ai familiari conviventi che prestano assistenza in maniera prevalente e continuativa, per tutto il periodo di esistenza in vita del danneggiato.

3. Qualora a causa della vaccinazione obbligatoria sia derivato il decesso in data successiva a quella di entrata in vigore della presente legge, l'avente diritto può optare tra l'ulteriore indennizzo di cui al comma 1 e un assegno una tantum pari a 150.000 euro, da corrispondere in cinque rate annuali di 30.000 euro ciascuna. Ai fini della presente legge sono considerati aventi diritto nell'ordine i seguenti soggetti a carico: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro.

4. L'intero importo dell'indennizzo, stabilito ai sensi del presente articolo, è rivalutato annualmente in base alla variazione degli indici ISTAT.

Articolo 2

1. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituita, senza nuovi o maggiori oneri a carico dello Stato, una commissione per la definizione degli importi da erogare di cui agli articoli 1 e 4.

2. All'istituzione e al funzionamento della commissione di cui al comma 1 si fa fronte con le risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente. La partecipazione all'attività della commissione non dà luogo alla corresponsione di alcun compenso o rimborso spese.

Articolo 3

1. I soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che usufruiscono dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, aventi in corso contenziosi giudiziari, ai sensi della medesima legge, in qualsiasi stato e grado del giudizio, ivi compresa la fase esecutiva, i quali intendono accedere ai benefici previsti dalla presente legge, debbono rinunciare con atto formale alla prosecuzione del giudizio.

2. Gli atti di rinuncia degli interessati sono trasmessi alla commissione di cui all'articolo 2.

Articolo 4

³⁰ Mentre andiamo in stampa non è ancora pubblicato il decreto di attuativo, peraltro, non previsto dalla presente legge

1. Ai soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 1 è ulteriormente riconosciuto il beneficio di un assegno una tantum, il cui ammontare è determinato dalla commissione di cui all'articolo 2, sino alla misura massima di dieci annualità dell'indennizzo di cui al medesimo comma 1 dell'articolo 1, per il periodo compreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo medesimo. Esso è corrisposto per la metà al soggetto danneggiato e per l'altra metà ai congiunti che prestano o abbiano prestato al danneggiato assistenza in maniera prevalente e continuativa.
2. Le annualità pregresse sono definite con tabelle di conversione al 50 per cento del periodo intercorrente tra la data del manifestarsi dell'evento dannoso e la data di ottenimento dell'indennizzo.
3. Gli importi, determinati ai sensi del presente articolo, sono erogati in cinque rate annuali, a decorrere dall'anno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.

Articolo 5

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in 15,2 milioni di euro per l'anno 2005 e in 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2005-2007, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2005, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.
2. Il Ministro dell'economia e delle finanze provvede al monitoraggio degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, anche ai fini dell'applicazione dell'articolo 11-ter, comma 7, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, e trasmette alle Camere, corredati da apposite relazioni, gli eventuali decreti emanati ai sensi dell'articolo 7, secondo comma, n. 2), della citata legge n. 468 del 1978.
3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

9.2 REGOLAMENTI DI ATTUAZIONE

D.P.R. 23-12-1978 n. 915

Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra.

TABELLA A³¹

Lesioni ed infermità che danno diritto a pensione vitalizia o ad assegno temporaneo **Prima categoria**

- 1) La perdita dei quattro arti fino al limite della perdita totale delle due mani e dei due piedi insieme.
- 2) La perdita di tre arti fino al limite della perdita delle due mani e di un piede insieme.
- 3) La perdita di ambo gli arti superiori fino al limite della perdita totale delle due mani.
- 4) La perdita di due arti, superiore ed inferiore (disarticolazione o amputazione del braccio e della coscia).
- 5) La perdita totale di una mano e dei due piedi.
- 6) La perdita totale di una mano e di un piede.
- 7) La disarticolazione di un'anca; l'anchilosi completa della stessa, se unita a grave alterazione funzionale del ginocchio corrispondente.
- 8) La disarticolazione di un braccio o l'amputazione di esso all'altezza del collo chirurgico dell'omero.
- 9) L'amputazione di coscia o gamba a qualunque altezza, con moncone residuo improtesizzabile in modo assoluto e permanente.
- 10) La perdita di una coscia a qualunque altezza con moncone protesizzabile, ma con grave artrosi dell'anca o del ginocchio dell'arto superstite.
- 11) La perdita di ambo gli arti inferiori sino al limite della perdita totale dei piedi.
- 12) La perdita totale di tutte le dita delle mani ovvero la perdita totale dei, due pollici e di altre sette o sei dita.
- 13) La perdita totale di un pollice e di altre otto dita delle mani, ovvero la perdita totale delle cinque dita di una mano e delle prime due dell'altra.
- 14) La perdita totale di sei dita delle mani compresi i pollici e gli indici o la perdita totale di otto dita delle mani compreso o non uno dei pollici.
- 15) Le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari e tutti gli altri esiti di lesioni grave della faccia e della bocca tali da determinare grave ostacolo alla masticazione e alla deglutizione sì da costringere a speciale alimentazione.
- 16) L'anchilosi temporo-mandibolare completa e permanente.
- 17) L'immobilità completa permanente del capo in flessione o in estensione, oppure la rigidità totale e permanente del rachide con notevole incurvamento.
- 18) Le alterazioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare e tutte le altre infermità organiche e funzionali permanenti e gravi al punto da determinare una assoluta incapacità al lavoro proficuo.
- 19) Fibrosi polmonare diffusa con enfisema bolloso o stato bronchiectasico e cuore polmonare grave.
- 20) Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente insufficienza coronarica ecg. accertata.
- 21) Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del collo e del tronco, quando, per sede, volume o grado di evoluzione determinano assoluta incapacità lavorativa.
- 22) Tumori maligni a rapida evoluzione.
- 23) La fistola gastrica, intestinale, epatica, pancreatica, splenica, rettovescica ribelle ad ogni cura e l'ano preternaturale.
- 24) Incontinenza delle feci grave e permanente da lesione organica.
- 25) Il diabete mellito ed il diabete insipido entrambi di notevole gravità.
- 26) Esiti di nefrectomia con grave compromissione permanente del rene superstite (iperazotemia, ipertensione e complicazioni cardiache) o tali da necessitare trattamento emodialitico protratto nel tempo.
- 27) Castrazione e perdita pressoché totale del pene.

³¹ Così sostituita dalla corrispondente tabella A allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834. Abbiamo ritenuto utile riprodurre questa tabella in quanto ci risulta essere stati attivati procedimenti giudiziari tendenti a far riconoscere anche gli aspetti psichici oltre che fisici correlati alla menomazione permanente dell'integrità della persona affetta da patologia contratta a seguito di trasfusioni e per la quale la CMO non aveva riconosciuto l'ascrivibilità tabellare.

28) Tutte le alterazioni delle facoltà mentali (sindrome schizofrenica, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie gravi, ecc.) che rendano l'individuo incapace a qualsiasi attività.

29) Le lesioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) con conseguenze gravi e permanenti di grado tale da apportare profondi e irreparabili perturbamenti alle funzioni più necessarie alla vita organica e sociale o da determinare incapacità a lavoro proficuo.

30) Sordità bilaterale organica assoluta e permanente accertata con esame audiometrico.

31) Sordità bilaterale organica assoluta e permanente quando si accompagni alla perdita o a disturbi gravi e permanenti della favella o a disturbi della sfera psichica e dell'equilibrio statico-dinamico.

32) Esiti di laringectomia totale.

33) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi che abbiano prodotto cecità bilaterale assoluta e permanente.

34) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare da 1/100 a meno di 1/50.

35) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 1/50 e 3/50 della normale (vedansi avvertenze alle tabelle A e B-c).

Seconda categoria

1) Le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari e tutti gli altri esiti di lesione grave della faccia stessa e della bocca tali da menomare notevolmente la masticazione, la deglutizione o la favella oppure da apportare evidenti deformità, nonostante la protesi.

2) L'anchilosi temporo-mandibolare incompleta, ma grave e permanente con notevole riduzione della funzione masticatoria.

3) L'artrite cronica che, per la molteplicità e l'importanza delle articolazioni colpite, abbia menomato gravemente la funzione di due o più arti.

4) La perdita di un braccio o avambraccio sopra il terzo inferiore.

5) La perdita totale delle cinque dita di una mano e di due delle ultime quattro dita dell'altra.

6) La perdita di una coscia a qualunque altezza.

7) L'amputazione medio tarsica o la sotto astragalica dei due piedi.

8) Anchilosi completa dell'anca o quella in flessione del ginocchio.

9) Le affezioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare che per la loro gravità non siano tali da ascrivere alla prima categoria.

10) Le lesioni gravi e permanenti dell'apparato respiratorio o di altri apparati organici determinate dall'azione di gas nocivi.

11) Bronchite cronica diffusa con bronchiectasie ed enfisema di notevole grado.

12) Tutte le altre lesioni od affezioni organiche della laringe, della trachea che arrechino grave e permanente dissesto alla funzione respiratoria.

13) Cardiopatie con sintomi di scompenso di entità tali da non essere ascrivibili alla prima categoria.

14) Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del tronco e del collo, quando per la loro gravità non debbano ascrivere alla prima categoria.

15) Le affezioni gastro-enteriche e delle ghiandole annesse con grave e permanente deperimento organico.

16) Stenosi esofagee di alto grado, con deperimento organico.

17) La perdita della lingua.

18) Le lesioni o affezioni gravi e permanenti dell'apparato urinario salvo, che per la loro entità, non siano ascrivibili alla categoria superiore.

19) Le affezioni gravi e permanenti degli organi emopoietici.

20) Ipoacusia bilaterale superiore al 90% con voce di conversazione gridata *ad concham* senza affezioni purulente dell'orecchio medio.

21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare tra i 1/50 e 3/50 della normale.

22) Castrazione o perdita pressoché totale del pene.

23) Le paralisi permanenti sia di origine centrale che periferica interessanti i muscoli o gruppi muscolari che presiedono a funzioni essenziali della vita e che, per i caratteri e la durata, si giudichino inguaribili.

Terza categoria

1) La perdita totale di una mano o delle sue cinque dita, ovvero la perdita totale di cinque dita tra le mani compresi i due pollici.

2) La perdita totale del pollice e dell'indice delle due mani.

3) La perdita totale di ambo gli indici e di altre cinque dita fra le mani che non siano i pollici.

- 4) La perdita totale di un pollice insieme con quella di un indice e di altre quattro dita fra le mani con integrità dell'altro pollice.
- 5) La perdita di una gamba sopra il terzo inferiore.
- 6) L'amputazione tarso-metatarsica dei due piedi.
- 7) L'anchilosi totale di una spalla in posizione viziata e non parallela all'asse del corpo.
- 8) Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso grave e permanente.
- 9) La perdita o i disturbi gravi della favella.
- 10) L'epilessia con manifestazioni frequenti.
- 11) Le alterazioni organiche e irreparabili di un occhio, che abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 4/50 e 1/10 della normale.

Quarta categoria

- 1) L'anchilosi totale di una spalla in posizione parallela all'asse del corpo.
- 2) La perdita totale delle ultime quattro dita di una mano o delle prime tre dita di essa.
- 3) La perdita totale di tre dita tra le due mani compresi ambo i pollici.
- 4) La perdita totale di un pollice e dei due indici.
- 5) La perdita totale di uno dei pollici e di altre quattro dita fra le due mani esclusi gli indici e l'altro pollice.
- 6) La perdita totale di un indice e di altre sei o cinque dita fra le due mani che noti siano i pollici.
- 7) La perdita di una gamba al terzo inferiore.
- 8) La lussazione irriducibile di una delle grandi articolazioni, ovvero gli esiti permanenti delle fratture di ossa principali (pseudo artrosi, calli molto deformi, ecc.) che ledano notevolmente le funzioni di un arto.
- 9) Le malattie di cuore senza sintomi di scompenso evidenti, ma con stato di latente insufficienza del miocardio.
- 10) Calcolosi renale e bilaterale con accessi dolorosi frequenti e con persistente compromissione della funzione emuntoria.
- 11) L'epilessia ammenoché per la frequenza e la gravità delle sue manifestazioni non sia da ascrivere a categorie superiori.
- 12) Psico-nevrosi gravi (fobie persistenti).
- 13) Le paralisi periferiche che comportino disturbi notevoli della zona innervata.
- 14) Pansinusiti purulente croniche bilaterali con nevralgia del trigemino.
- 15) Otite media purulenta cronica bilaterale con voce di conversazione percepita *ad concham*.
- 16) Otite media purulenta cronica bilaterale con complicazioni (carie degli ossicini, esclusa quella limitata al manico del martello, coesteatomi, granulazioni).
- 17) Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso di media gravità.
- 18) Le alterazioni organiche e irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare tra 4/50 e 1/10 della normale.
- 19) Le alterazioni organiche e irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 2/10 e 3/10 della normale.
- 20) Le alterazioni irreparabili della visione periferica sotto forma di emianopsia bilaterale.
- 21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con alterazioni pure irreversibili della visione periferica dell'altro, sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare una metà del campo visivo stesso o settori equivalenti.

Quinta categoria

- 1) L'anchilosi totale di un gomito in estensione completa o quasi.
- 2) La perdita totale del pollice e dell'indice di una mano.
- 3) La perdita totale di ambo i pollici.
- 4) La perdita totale di uno dei pollici e di altre tre dita tra le mani che non siano gli indici e l'altro pollice.
- 5) La perdita totale di uno degli indici e di altre quattro dita fra le mani che non siano il pollice e l'altro indice.
- 6) La perdita di due falangi di otto e sette dita fra le mani che non siano quelle dei pollici.
- 7) La perdita della falange ungueale di otto dita compresa quella dei pollici.
- 8) La perdita di un piede ovvero l'amputazione unilaterale medio-tarsica o la sotto astragalica.
- 9) La perdita totale delle dita dei piedi o di nove od otto dita compresi gli alluci.
- 10) La tubercolosi polmonare allo stato di esiti estesi, ma clinicamente stabilizzati, sempre previo accertamento stratigrafico, quando essi per la loro entità non determinino grave dissesto alla funzione respiratoria.

- 11) Gli esiti di affezione tubercolare extra polmonare, quando per la loro entità e localizzazione non comportino assegnazioni a categoria superiore o inferiore.
- 12) Le malattie organiche di cuore senza segno di scompenso.
- 13) L'arteriosclerosi diffusa e manifesta.
- 14) Gli aneurismi arteriosi o arterovenosi degli arti che ne ostacolano notevolmente la funzione.
- 15) Le nefriti o le nefrosi croniche.
- 16) Diabete mellito o insipido di media gravità.
- 17) L'ernia viscerale molto voluminosa o che, a prescindere dal suo volume, sia accompagnata da gravi e permanenti complicazioni.
- 18) Otite media purulenta cronica bilaterale senza complicazioni con voce di conversazione percepita a 50 cm accertata con esame audiometrico. Otite media e cronica unilaterale con complicazioni (carie degli ossicini, esclusa quella limitata al manico del martello, colesteatoma, granulazioni).
- 19) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta *ad concham*.
- 20) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare, tra 2/10 e 3/10 della normale.
- 21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 4/10 e 7/10 della normale.
- 22) La perdita anatomica di un bulbo oculare, non protesizzabile, essendo l'altro integro.
- 23) Le alterazioni organiche ed irreparabili della visione periferica di entrambi gli occhi, sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale, o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare una metà del campo visivo stesso o settori equivalenti.

Sesta categoria

- 1) Le cicatrici estese e profonde del cranio con perdita di sostanza delle ossa in tutto il loro spessore, senza disturbi funzionali del cervello.
- 2) L'anchilosi totale di un gomito in flessione completa o quasi.
- 3) La perdita totale di un pollice insieme con quella del corrispondente metacarpo ovvero insieme con la perdita totale di una delle ultime tre dita della stessa mano.
- 4) La perdita totale di uno degli indici e di altre tre dita fra le mani, che non siano i pollici e l'altro indice.
- 5) La perdita totale di cinque dita fra le mani che siano le ultime tre dell'una e due delle ultime tre dell'altra.
- 6) La perdita totale di uno dei pollici insieme con quella di altre due dita fra le mani esclusi gli indici e l'altro pollice.
- 7) La perdita totale delle tre ultime dita di una mano.
- 8) La perdita delle due ultime falangi delle ultime quattro dita di una mano, ovvero la perdita delle due ultime falangi di sei o cinque dita fra le mani, che non siano quelle dei pollici.
- 9) La perdita della falange ungueale di sette o sei dita fra le mani, compresa quella dei due pollici, oppure la perdita della falange ungueale di otto dita fra le mani compresa quella di uno dei due pollici.
- 10) L'amputazione tarso-metatarsica di un solo piede.
- 11) La perdita totale di sette o sei dita dei piedi compresi i due alluci.
- 12) La perdita totale di nove od otto dita dei piedi compreso un alluce.
- 13) La perdita totale dei due alluci e dei corrispondenti metatarsi.
- 14) Ulcera gastrica o duodenale, radiologicamente accertata, o gli esiti di gastroenterostomia con neostoma ben funzionale.
- 15) Morbo di Basedow che per la sua entità non sia da scrivere a categoria superiore.
- 16) Nefrectomia con integrità del rene superstite.
- 17) Psico-nevrosi di media entità.
- 18) Le nevriti ed i loro esiti permanenti.
- 19) Sinusiti purulente croniche o vegetanti con nevralgia.
- 20) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta alla distanza di 50 cm.
- 21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto una riduzione dell'acutezza visiva al di sotto di 1/50, con l'acutezza visiva dell'altro normale, o ridotta fino a 7/10 della normale.

Settima categoria:

- 1) Le cicatrici della faccia che costituiscono notevole deformità. Le cicatrici di qualsiasi altra parte del corpo estese e dolorose o aderenti o retratte che siano facili ad ulcerarsi o comportino apprezzabili

disturbi funzionali, ammenoché per la loro gravità non siano da equipararsi ad infermità di cui alle categorie precedenti.

- 2) L'anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica.
- 3) La perdita totale di quattro dita fra le mani, che non siano i pollici né gli indici.
- 4) La perdita totale dei due indici.
- 5) La perdita totale di un pollice.
- 6) La perdita totale di uno degli indici e di due altre dita fra le mani che non siano i pollici o l'altro indice.
- 7) La perdita delle due falangi dell'indice e di quelle di altre tre dita fra le mani che non siano quelle dei pollici.
- 8) La perdita della falange ungueale di tutte le dita di una mano, oppure la perdita della falange ungueale di sette o sei dita tra le mani compresa quella di un pollice.
- 9) La perdita della falange ungueale di cinque, quattro o tre dita delle mani compresa quella dei due pollici.
- 10) La perdita della falange ungueale di otto o sette dita fra le mani che non sia quella dei pollici.
- 11) La perdita totale da cinque a tre dita dei piedi, compresi gli alluci.
- 12) La perdita totale di sette o sei dita tra i piedi, compreso un alluce, oppure di tutte o delle prime quattro dita di un piede.
- 13) La perdita totale di otto o sette dita tra i piedi, che non siano gli alluci.
- 14) La perdita delle due falangi o di quella ungueale dei due alluci insieme con la perdita della falange ungueale di altre dita comprese fra otto e cinque.
- 15) L'anchilosi completa dei piedi (tibio-tarsica) senza deviazione e senza notevole disturbo della deambulazione.
- 16) L'anchilosi in estensione del ginocchio.
- 17) Bronchite cronica diffusa con modico enfisema.
- 18) Esiti di pleurite basale bilaterale, oppure esiti estesi di pleurite monolaterale di sospetta natura tbc.
- 19) Nevrosi cardiaca grave e persistente.
- 20) Le varici molto voluminose con molteplici grossi nodi ed i loro esiti, nonché i reliquati delle flebiti dimostratisi ribelli alle cure.
- 21) Le emorroidi voluminose e ulcerate con prolasso rettale; le fistole anali secernenti.
- 22) Laparocele voluminoso.
- 23) Gastroduodenite cronica.
- 24) Esiti di resezione gastrica.
- 25) Colecistite cronica con disfunzione epatica persistente³².
- 26) Calcolosi renale senza compromissione della funzione emuntoria.
- 27) Isteronevrosi di media gravità.
- 28) Perdita totale di due padiglioni auricolari.
- 29) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta ad un metro, accertata con esame audiometrico.
- 30) Esito di intervento radicale (antroatticotomia) con voce di conversazione percepita a non meno di un metro.
- 31) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, essendo l'altro integro, che ne riducano l'acutezza visiva fra 1/50 e 3/50 della normale.
- 32) Le alterazioni organiche ed irreparabili della visione periferica di un occhio (avendo l'altro occhio visione centrale o periferica normale), sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale, o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare una metà del capo visivo stesso.

Ottava categoria:

- 1) Gli esiti delle lesioni boccali che producano disturbi della masticazione, della deglutizione o della parola, congiuntamente o separatamente che per la loro entità non siano da ascrivere a categorie superiori.
- 2) La perdita della maggior parte dei denti oppure la perdita di tutti i denti della arcata inferiore. La paradentosi diffusa, ribelle alle cure associata a parziale perdita dentaria.
- 3) La perdita della falange ungueale dei due pollici.

³²

Una delle poche voci da tener presente ai fini dell'ascrivibilità tabellare in ambito legge 210/92.

- 4) La perdita totale di tre dita fra le mani che non siano i pollici né gli indici.
- 5) La perdita totale di uno degli indici e di un dito della stessa mano escluso il pollice.
- 6) La perdita di due falangi dell'indice insieme a quella delle ultime falangi di altre due dita della stessa mano escluso il pollice.
- 7) La perdita della falange ungueale delle prime tre dita di una mano.
- 8) La perdita totale di cinque o quattro dita fra i piedi compreso un alluce o delle ultime quattro dita di un solo piede.
- 9) La perdita totale di sei o cinque dita fra i piedi che non siano gli alluci.
- 10) La perdita di un alluce o della falange ungueale di esso, insieme con la perdita della falange di altre dita dei piedi comprese fra otto o sei.
- 11) La perdita di un alluce e del corrispondente metatarso.
- 12) L'anchilosi tibio-tarsica di un solo piede senza deviazione di esso e senza notevole disturbo della deambulazione.
- 13) L'accorciamento non minore di tre centimetri di un arto inferiore, a meno che non apporti disturbi tali nella statica o nella deambulazione da essere compreso nelle categorie precedenti.
- 14) Bronchite cronica.
- 15) Gli esiti di pleurite basale o apicale monolaterali di sospetta natura tubercolare.
- 16) Gli esiti di empiema non tubercolare.
- 17) Disturbi funzionali cardiaci persistenti (nevrosi, tachicardia, extra sistolia).
- 18) Gastrite cronica.
- 19) Colite catarrale cronica o colite spastica postamebica.
- 20) Varici degli arti inferiori nodose e diffuse.
- 21) Emorroidi voluminose procidenti.
- 22) Colecistite cronica o esiti di colecistectomia con persistente disepatismo³³.
- 23) Cistite cronica.
- 24) Sindromi nevrosiche lievi, ma persistenti.
- 25) Ritenzione parenchimale o endocavitaria di proiettile o di scheggia senza fatti reattivi apprezzabili.
- 26) Ernie viscerali non contenibili.
- 27) Emicastrazione.
- 28) Perdita totale di un padiglione auricolare.
- 29) Sordità unilaterale assoluta e permanente o ipoacusia unilaterale con perdita uditiva superiore al 90% (voce gridata *ad concham*) accertata con esame audiometrico.
- 30) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezione purulenta dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta a due metri, accertata con esame audiometrico.
- 31) Otite media purulenta cronica semplice.
- 32) Stenosi bilaterale del naso di notevole grado.
- 33) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, essendo l'altro integro, che ne riducano l'acutezza visiva tra 4/50 e 3/10 della normale.
- 34) Dacriocistite purulenta cronica.
- 35) Congiuntiviti manifestamente croniche.
- 36) Le cicatrici delle palpebre congiuntivali, provocanti disturbi oculari di rilievo (ectropion, entropion, simblefaron, lagofalmo).

³³

Una delle poche voci da tener presente ai fini dell'ascrivibilità tabellare in ambito legge 210/92.

D.M. 18-11-1998 n. 514

Regolamento recante norme di attuazione degli articoli 2 e 4 della legge 7 agosto 1990, n. 241, concernente nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, relativamente ai procedimenti di competenza del Ministero della sanità.

1 Ambito di applicazione

1. Il presente regolamento si applica ai procedimenti amministrativi di competenza del Ministero della sanità che conseguano obbligatoriamente a iniziativa di parte ovvero che debbano essere promossi d'ufficio.

2. I procedimenti di competenza del Ministero della sanità devono concludersi con un provvedimento espresso nel termine stabilito per ciascun procedimento nelle tabelle allegate, che contengono l'indicazione dell'ufficio competente e costituiscono parte integrante del presente regolamento. In caso di mancata inclusione del procedimento nelle tabelle allegate, lo stesso si concluderà nel termine previsto da altra fonte legislativa o regolamentare ovvero, in mancanza, nel termine di trenta giorni previsto all'art. 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241

2 Decorrenza del termine per i procedimenti d'ufficio(omissis)

3 Decorrenza del termine per i procedimenti a iniziativa di parte

1. Per i procedimenti a iniziativa di parte il termine decorre dalla data di ricevimento della domanda da parte dell'ufficio competente.

2. All'atto della presentazione della domanda è rilasciata all'interessato una ricevuta, tranne per le domande inviate mediante raccomandata con avviso di ricevimento per le quali l'avviso costituisce ricevuta.

3. Ove la domanda dell'interessato sia ritenuta irregolare o incompleta, il responsabile del procedimento ne dà comunicazione all'istante entro quarantacinque giorni, indicando le cause dell'irregolarità o della incompletezza. In questi casi il termine decorre dal ricevimento della domanda regolarizzata o completata.

4. Comunicazione dell'inizio del procedimento.

1. Salvo che non sussistano ragioni di impedimento derivanti da particolari esigenze di celerità, il responsabile del procedimento dà comunicazione dell'inizio del procedimento stesso ai soggetti nei confronti dei quali il provvedimento finale è destinato a produrre effetti, ai soggetti la cui partecipazione al procedimento sia prevista da legge o regolamento nonché ai soggetti, individuati o facilmente individuabili, ai quali possa derivare un pregiudizio dal provvedimento.

2. I soggetti di cui al comma 1 sono resi edotti dell'avvio del procedimento mediante comunicazione personale, contenente le indicazioni di cui all'art. 8 della *legge 7 agosto 1990, n. 241*. Qualora, per il numero degli aventi titolo, la comunicazione personale risulti, per tutti o per taluni di essi, impossibile o particolarmente gravosa, nonché nei casi in cui vi siano particolari esigenze di celerità, il responsabile del procedimento procede ai sensi dell'art. 8, comma 3, della *legge 7 agosto 1990, n. 241*, mediante forme di pubblicità da attuarsi con la pubblicazione di apposito atto, indicante le ragioni che giustificano la deroga, nel Bollettino ufficiale del Ministero.

3. L'omissione, il ritardo o l'incompletezza della comunicazione può essere fatta valere, anche nel corso del procedimento, solo dai soggetti che abbiano titolo a ricevere la comunicazione mediante segnalazione scritta all'ufficio competente. Il responsabile del procedimento è tenuto a fornire, entro dieci giorni, gli opportuni chiarimenti adottando le

iniziative eventualmente necessarie a consentire la partecipazione del cittadino al procedimento.

4. Resta fermo quanto stabilito dal precedente art. 3 in ordine alla decorrenza del termine iniziale del procedimento.

5. Partecipazione al procedimento.

1. Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera *a*), della *legge 7 agosto 1990, n. 241*, presso le sedi degli uffici dell'Amministrazione sono rese note, mediante idonee forme di pubblicità, le modalità per prendere visione degli atti del procedimento.

2. Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera *b*), della medesima *legge n. 241 del 1990*, coloro che hanno titolo a prendere parte al procedimento possono presentare memorie e documenti entro un termine pari a due terzi di quello fissato per la durata del procedimento, sempre che il procedimento stesso non sia già concluso. La presentazione di memorie e documenti presentati oltre detto termine non può comunque determinare lo spostamento del termine finale.

6. Termine finale del procedimento.

1. Ove nel procedimento, al di fuori delle ipotesi previste dagli articoli 16 e 17 della *legge 7 agosto 1990, n. 241*, siano coinvolte altre amministrazioni, il termine finale del procedimento deve intendersi comprensivo dei periodi di tempo necessari per l'espletamento di competenza di queste ultime, secondo quanto stabilito dai rispettivi regolamenti.

2. Il periodo di tempo necessario alla integrazione di efficacia del provvedimento, derivante dall'esame preventivo da parte di organi di controllo, è escluso dal computo dei termini stabiliti dall'Amministrazione e da quello generale di cui all'art. 2, comma 3, della *legge 7 agosto 1990, n. 241*.

7. Silenzio assenso e silenzio rifiuto.

1. Nei casi in cui leggi o regolamenti prevedano effetti derivanti dall'inerzia dell'Amministrazione la durata dei procedimenti relativi è pari a quella stabilita per la formazione del silenzio assenso o del silenzio rifiuto. Quando la legge stabilisca nuovi casi o nuovi termini di silenzio-assenso o di silenzio-rifiuto, i termini indicati nelle tabelle allegare si intendono integrati o modificati in conformità.

8. Acquisizione obbligatoria di pareri e di valutazioni tecniche di organi od enti.

1. Ove debba essere obbligatoriamente sentito un organo consultivo e il parere non intervenga entro il termine stabilito da legge o regolamento o entro i termini previsti in via suppletiva dall'art. 16, commi 1 e 4, della *legge 7 agosto 1990, n. 241*, l'amministrazione richiedente può provvedere prescindendo dall'acquisizione del parere. Il responsabile del procedimento, ove ritenga di non avvalersi di tale facoltà, partecipa agli interessati tale determinazione esplicitando i motivi ed indicando un nuovo termine, che non può comunque essere superiore a ulteriori centottanta giorni.

2. Ove per disposizioni di legge o regolamento l'adozione di un provvedimento debba essere preceduta dall'acquisizione di valutazioni tecniche di particolari organi od enti si fa rinvio a quanto stabilito all'art. 17, della *legge 7 agosto 1990, n. 241*, fermo restando che il termine finale non può comunque superare ulteriori centottanta giorni. Entro il termine di un anno dall'entrata in vigore del regolamento il Ministero della sanità individua, in via generale, d'intesa con gli organi, amministrazioni o enti interessati, gli altri soggetti pubblici, che siano dotati di qualificazione e capacità tecnica equipollenti rispetto agli organi ordinari, ai quali sia possibile richiedere in via sostitutiva le valutazioni tecniche, stabilendo i termini entro i quali le stesse devono essere rese; procede altresì, ove occorra,

ad apportare le conseguenti modifiche ai termini finali stabiliti nelle tabelle allegate al presente regolamento. Fino a quando non si sarà provveduto in via generale, nei modi su indicati, il responsabile del procedimento provvederà di volta in volta ad individuare gli organi o i soggetti ai quali richiedere in via sostitutiva le valutazioni tecniche e ad indicare il nuovo termine finale del procedimento, comunque non oltre centottanta giorni dal termine originario.

9. Acquisizione facoltativa di pareri e di valutazioni tecniche di organi od enti.

1. Quando l'Amministrazione ritenga di dover promuovere la richiesta di un parere facoltativo al Consiglio di Stato, il responsabile del procedimento partecipa la determinazione agli interessati indicandone concisamente le ragioni. In tal caso, il periodo di tempo occorrente per acquisizione del parere, dalla richiesta alla sua ricezione non è computato nel termine finale del procedimento, ove il parere medesimo sia reso nei termini di cui all'art. 16, commi 1 e 4, della *legge 7 agosto 1990, n. 241*.
2. Ogni altra acquisizione in via facoltativa di pareri e di valutazioni tecniche di organi, amministrazioni o enti, non incide sul termine finale del procedimento.

10. Responsabile del procedimento.

1. Salvo che non sia diversamente disposto, il responsabile del procedimento è il dirigente preposto all'unità organizzativa competente, cioè all'ufficio indicato nelle tabelle allegate.
2. Il responsabile dell'unità organizzativa può affidare ad altro dipendente addetto all'unità la responsabilità dell'istruttoria e di ogni altro adempimento inerente al singolo procedimento.
3. Il responsabile del procedimento esercita le attribuzioni contemplate dall'art. 6 della *legge 7 agosto 1990, n. 241*, e dal presente regolamento e svolge tutti gli altri compiti indicati nelle disposizioni organizzative e di servizio nonché quelli attinenti all'applicazione delle disposizioni della *legge 4 gennaio 1968, n. 15*.

Dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in sanità e della assistenza sanitaria di competenza statale		
UFFICIO XIV		
Numero d'ordine	Descrizione Procedimenti	Termine del procedimento
1	Espressione del parere previsto sugli atti (<i>L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 5</i>).	60 gg
2	Espressione del parere previsto in Collegio medico con partecipazione dell'esperto (<i>L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 5; D.P.R. n. 257 del 1961, art. 19</i>).	90 gg
UFFICIO XV (ora VIII)		
Numero d'ordine	Descrizione Procedimenti	Termine del procedimento
1	Liquidazione indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (<i>L.25 febbraio 1992, n. 210 e successive modificazioni e integrazioni; L. 20 dicembre 1996, n. 641; L. 25 luglio 1997, n.238</i>)	730 gg
2	Ricorso del danneggiato avverso il giudizio sanitario espresso dalla Commissione medico ospedaliera (<i>L. n. 210 del 1992, art. 5</i>).	390 gg

9.3 CIRCOLARI

Ministero della sanità e Ministero della Difesa

Direttiva Tecnica 28 dicembre 1992

Procedure connesse alla erogazione dell'indennizzo previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210

- VISTA la legge 25 febbraio 1992, n. 210..... (omissis);
- RITENUTA la necessità di emanare una direttiva tecnica riguardante le procedure da seguirsi ai fini della concessione dell'indennizzo previsto dalla sopra citata legge;
- VISTA la nota del Ministero della Difesa Direzione Generale della Sanità Militare – IV Divisione n. 929/92/MI-5/20 in data 28 luglio 1992, con la quale vengono rese note le risultanze dell'apposito gruppo di lavoro misto: Ministero della Difesa- Ministero della Sanità;
- VISTA la direttiva tecnica con allegato modello di verbale da utilizzarsi presso le Commissioni Mediche Ospedaliere;
- VISTI i parrei di concordanza ed approvazione della Direzione Generale della Sanità Militare e della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale

È APPROVATA

LA DIRETTIVA TECNICA CONCERNENTE LE “*PROCEDURE CONNESSE ALLA EROGAZIONE DELL'INDENNIZZO PREVISTO DALLA LEGGE 25 FEBBRAIO 1992, N. 210*”³⁴

“Sulla tempestività della domanda in relazione ai termini perentori, di cui all'art. e – 1° comma della legge in argomento, rispettivamente di: tre anni nel caso di vaccinazioni o dieci anni nei casi di infezioni da HIV; altresì, sulla tempestività della domanda in relazione al termine perentorio di tre anni, previsto dalla circolare del Ministero della Sanità 10 aprile 1992, n. 500.VII/AG-3/6274/bis, nel caso di danno irreversibili correlati alle epatiti post-trasfusionali.

Nel caso di aggravamento delle infermità o delle lesioni, il giudizio sulla tempestività della domanda di revisione è espresso in relazione al termine perentorio di sei mesi dalla data di conoscenza dell'evento dannoso.

I predetti termini decorrono dal momento in cui l'avente diritto risulti avere avuto conoscenza del danno; **ai fini dell'individuazione di tale momento, occorre precisare che non qualsiasi conoscenza è atta a far decorrere il termine, ma solo la conoscenza qualificata della consapevolezza degli effetti dannosi, correlabili agli eventi di cui alla legge in argomento, intanto possibile in quanto il processo morboso sia conclamato nella sua entità nosologica e stabilizzato in precisi esiti**”³⁵

³⁴ Si riporta solamente il punto 3) lettera c) in quanto il resto della Direttiva è stato ripreso nei successivi provvedimenti come si può notare dalla lettura delle seguenti pagine.

³⁵ Trattasi di un principio raramente applicato nei giudizi medico legali espressi dalle CMO, mentre negli ultimi tempi abbiamo potuto apprezzare interessanti aperture da parte dell'ufficio Medico Legale in occasione di accoglimento di ricorsi che contenevano il diniego: “*domanda presentata fuori dai termini di legge*”.

Ministero della sanità

Circ.3 maggio 1994 n. 500.VII/AG.3/6274-bis

"Liquidazione degli indennizzi previsti dalla legge n. 210 del 1992"³⁶

La legge 25 febbraio 1992, n. 210, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 55 del 6 marzo 1992, prevede il pagamento da parte dello Stato di un indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. L'articolo 1 della legge individua le categorie di soggetti che possono invocarne i benefici mentre l'articolo 2 - come modificato dall'articolo 10 del decreto-legge 8 marzo 1994, n. 164 - stabilisce quanto segue:

1. l'indennizzo consiste in un assegno non reversibile determinato nella misura di cui alla tabella B allegata alla legge 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dall'articolo 8 della legge 2 maggio 1984, n. 111;

2. l'indennizzo di cui al comma 1 è integrato da una somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale di cui alla legge 27 maggio 1959, n. 324, e successive modificazioni, prevista per la prima qualifica funzionale degli impiegati civili dello Stato ed ha decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda.

La spesa relativa agli indennizzi in questione fa carico al capitolo 2599 dello stato di previsione del Ministero della sanità.

Gli indennizzi previsti dalla legge di che trattasi hanno natura risarcitoria e non sono soggetti ad alcuna ritenuta assistenziale né ad alcuna ritenuta fiscale come precisato dal Ministero delle finanze con nota n. III-5393/94 del 15 aprile 1994; inoltre, in assenza di espressa previsione legislativa, essi sono da ritenersi cumulabili con ogni altro emolumento a qualsiasi titolo percepito.

Con decreto del Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro, datato 13 aprile 1994, che si allega in copia (all. n. 1), è stato stabilito che al pagamento degli assegni non reversibili di che trattasi provvedono le Direzioni provinciali del tesoro competenti per il luogo di residenza degli aventi diritto, sulla base di ruoli di spesa fissa individuali emessi dal Ministero della sanità e vistati dalla coesistente ragioneria centrale, ai sensi dell'art. 286 del Regolamento di contabilità generale dello Stato di cui al R.D. 23 maggio 1924, n. 827, trattandosi di spese di importo e scadenza fissi ed accertati.

I ruoli di spesa fissa saranno trasmessi alle Direzioni provinciali del Tesoro con elenchi da parte della Ragioneria centrale presso il Ministero della sanità.

I pagamenti saranno effettuati in rate bimestrali posticipate secondo la tabella allegata (all. n. 2).

Le modalità di pagamento saranno concordate direttamente tra la Direzione provinciale del Tesoro competente e il beneficiario.

Le Direzioni provinciali del Tesoro dovranno accertare ogni sei mesi l'esistenza in vita del beneficiario dell'indennizzo.

Qualora il beneficiario dell'indennizzo sia deceduto prima dell'inizio dei pagamenti, il relativo ruolo di spesa fissa dovrà essere restituito al Ministero della sanità (Direzione generale dei servizi di medicina sociale - Ufficio speciale per l'attuazione della legge 210/92 - Via della Civiltà romana, 7 - 0144 Roma); parimenti dovranno essere restituiti al

³⁶ Trattasi di una circolare che pur avendo perso gran parte del contenuto interpretativo, può risultare unitile quantomeno per ricostruire il corretto ricalcolo dell'indennità essendo riportata nella pagina successiva la tabella riferita agli indennizzi spettanti nel 1994, precedenti all'introduzione del Tasso di Inflazione Programmato (TIP).

Ministero della sanità i ruoli relativi a soggetti che, convocati dalla competente D.P.T., non si presentino, dopo 2 solleciti, entro 6 mesi dalla prima convocazione.

Il Ministero della sanità comunicherà tempestivamente alla D.P.T. competente qualsiasi notizia che comporti la chiusura della partita di spesa fissa.

Eventuali variazioni dell'entità degli indennizzi avverranno mediante ruoli di variazione emessi dal Ministero della sanità e trasmessi alle Direzioni provinciali del Tesoro con elenchi da parte della Ragioneria centrale.

Allegato 1

IL MINISTRO DELLA SANITÀ di concerto con IL MINISTRO DEL TESORO
DECRETA

Art. 1

1. Al pagamento dell'assegno non reversibile previsto dall'articolo 2, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n.210, provvedono le Direzioni provinciali del tesoro competenti per il luogo di residenza degli aventi diritto, sulla base di ruoli di spesa fissa emessi dal Ministero della sanità e visti dalla coesistente Ragioneria centrale.

2. L'assegno "una tantum" previsto dal terzo comma del predetto articolo 2 è corrisposto ai soggetti ivi contemplati direttamente dal Ministero della sanità.

Art.2

1. La spesa relativa agli assegni di cui al precedente articolo 1 viene imputata al capitolo 2599 dell'esercizio 1994 del Ministero della sanità e al corrispondente capitolo per gli anni successivi a partire dal 1995.

Roma, 13 aprile 1994.

Allegato 2

Importi bimestrali degli indennizzi previsti
dalla legge 25 febbraio 1992, n.210³⁷

<i>Categoria</i>	<i>Indennizzo</i>	<i>Integrazione</i>	<i>Totale</i>
Prima	359.500	1.991.765	2.351.265
Seconda	323.500	1.991.765	2.315.265
Terza	287.750	1.991.765	2.279.515
Quarta	251.835	1.991.765	2.243.600
Quinta	215.835	1.991.765	2.207.600
Sesta	179.835	1.991.765	2.171.600
Settima	143.915	1.991.765	2.135.680
Ottava	107.915	1.991.765	2.099.680

³⁷ Si ricorda che trattasi degli importi relativi alle indennità erogati nel 1994. Per quelli relativi all'anno 2007 vedere tabella riportata nel capitolo 2

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per la funzione pubblica e gli affari regionali.
Circ. 3-7-1996 n. 296³⁸

Termine del procedimento ai sensi dell'art. 2 della legge n. 241 del 1990.

L'avvocato in indirizzo ha trasmesso a questo Dipartimento la nota n. 900.U.S./L.210/8417/AG/3/3803 del 29 marzo 1996 con la quale il dirigente del Dipartimento II di Codesta Amministrazione risponde ad una richiesta di accesso agli atti del procedimento per

Nella suddetta nota si rappresenta che “il procedimento è giunto alla fase di trasmissione degli atti alla Commissione medico- ospedaliera competente per territorio che sarà effettuata non appena arriverà il suo turno”.

Tale espressione oltre a non contenere alcun elemento giustificativo del ritardo, risulta palesemente illegittima a fronte dei principi di imparzialità e di trasparenza dell'attività amministrativa contenuti nella Costituzione e garantiti dal legislatore anche con la previsione normativa del termine entro il quale deve concludersi il procedimento.

Il Dirigente deduce inoltre, a giustificazione dei ritardi, tutti i motivi contenuti nella Circolare del Ministro della funzione pubblica n. 58245/7.464 del 4 dicembre 1990, elencandoli in modo generico e sostenendo di poterli invocare quasi tutti.

È evidente che la Circolare esplicativa predisposta da questo Dipartimento non può in alcun modo interpretarsi nel senso postulato da codesta amministrazione in quanto si vanificherebbe il dettato normativo della legge n. 241/1990.

Non si può certo sostenere che il termine del procedimento, sia esso di 30 o più giorni se disciplinato da regolamento, non sia assolutamente cogente.

Né, tantomeno, costituisce un dato giustificativo il fatto che la responsabilità del procedimento sia da attribuirsi, nelle diverse fasi dello stesso, a soggetti differenti, ciascuno ugualmente responsabile per la fase di sua competenza.

Si ravvisa pertanto la necessità che codesta amministrazione provveda nei tempi di legge a fornire tutti i chiarimenti necessari nonché a porre in essere tutti gli adempimenti indispensabili per l'emanazione del provvedimento finale.

38

Abbiamo riportato questa circolare a testimonianza di quanto l'applicazione della legge 210/92 sia stata fin dalla sua emanazione un esempio di “cattiva amministrazione”. Erano gli anni in cui il Ministero sistematicamente si limitava a trasmettere all'interessato il provvedimento finale negativo, riportando solo il sintetico giudizio delle C.M.O. (es. “*non esiste nesso causale fra le trasfusioni e l'infezione*”), senza allegarvi il verbale e pretendendo, per l'invio del documento **duemila lire in marche da bollo annullate**. Ciò ha costretto molti cittadini, dal momento che comunque i termini per il ricorso decorrevano dalla comunicazione del provvedimento, a veri e propri “ricorsi al buio”, riservandosi ulteriori comunicazioni una volta ottenuto il verbale (pagando le duemila lire in marche da bollo!). Come si può leggere nel capitolo 9 l'Ufficio ha redatto ben 49 di questi “anomali” ricorsi. Sono trascorsi 10 anni dalla emanazione di questa circolare e la situazione per alcuni aspetti è addirittura peggiorata in quanto i tempi per l'istruttoria tecnica da parte delle CMO e per l'esame dei ricorsi amministrativi da parte del Ministero della Salute si sono fortemente dilatati.

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per la funzione pubblica e gli affari regionali
Circ. 25-10-1996 n. 8198
Equo indennizzo.

Si riscontra la nota con la quale è stato posto un quesito circa l'applicabilità della disposizione di cui all'art. 63, comma 3, del D.P.R. 20 maggio 1987, n. 270 in sede di liquidazione dell'equo indennizzo ad un dipendente che già goda dell'indennizzo previsto dall'art. 1, comma 1 della Legge 25 febbraio 1992, n. 210.

In particolare, si chiede di conoscere se l'importo della misura risarcitoria debba essere decurtata di una somma pari a quanto corrisposto all'interessato come indennità dovuta per complicanze irreversibili a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.

Si ritiene che la suddetta indennità, dovuta in considerazione della particolare affezione patita dal dipendente, non sia da annoverare tra quelle percepite per effetto di assicurazioni obbligatorie o facoltative con contributi a carico dell'amministrazione di appartenenza (come previsto dal citato art. 63, comma 3 del D.P.R. n. 270 del 1987) e che, pertanto, l'importo dell'equo indennizzo sia da corrispondere nella sua interezza.

Ministero della sanità

Circ. 14-11-1996 n. 900.U.S./L.210/AG/3/6072³⁹

L. 25 febbraio 1992, n. 210. Direttive alle Unità sanitarie locali in attuazione dell'articolo 7 del D.L. 23 ottobre 1996, n. 548.

Agli Assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome
Ai Direttori generali delle Unità Sanitarie Locali
Ai Commissari di Governo delle Regioni a statuto ordinario
Al Commissario dello Stato nella Regione Siciliana
Al Rappresentante del Governo nella Regione Sarda
Al Commissario di Governo nella Regione Friuli Venezia Giulia
Al Presidente della Commissione di coordinamento nella Regione Valle d'Aosta
Al Commissario di Governo nella Provincia di Trento

Al Commissario di Governo nella Provincia di Bolzano

La legge 25 febbraio 1992, n. 210 prevede l'erogazione da parte dello Stato di un indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

L'articolo 6 del decreto legge 1° luglio 1996, n. 344, reiterato con il decreto legge 30 agosto 1996, n. 450 e il decreto legge 23 ottobre 1996, n. 548, ha introdotto notevoli modifiche alla predetta legge, prevedendo, tra l'altro, al comma 4, che la U.S.L. territorialmente competente provvede all'istruttoria delle domande e all'acquisizione del giudizio delle Commissioni mediche ospedaliere sulla base di direttive del Ministero della sanità. Il comma 5 dello stesso articolo stabilisce che le domande già presentate al Ministero della sanità, per le quali alla data di entrata in vigore del decreto legge non è ancora iniziata l'istruttoria, sono trasmesse agli assessorati alla sanità delle regioni e delle province autonome, per l'ulteriore invio alle U.S.L. territorialmente competenti ai fini degli adempimenti previsti dal comma 4.

Il comma 6, infine, prevede che anche le domande di revisione, disciplinate dall'articolo 6 della legge, devono essere presentate al Ministro della sanità tramite la U.S.L. territorialmente competente.

Ciò premesso si forniscono le seguenti direttive per un corretto svolgimento degli adempimenti demandati alle U.S.L.

BENEFICIARI

Hanno diritto all'indennizzo:

1. soggetti che, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica;
2. persone non vaccinate che abbiano riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica;
3. persone che per motivi di lavoro o per incarico del loro ufficio o per poter accedere ad uno Stato estero si siano sottoposte a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie, a seguito delle quali abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica;

³⁹

Trattasi di adempimenti in parte ripresi dalle "linee guida interregionali" approvate dalle conferenze Stato-Regioni del 8 agosto 2001 e 23 settembre 2004 ed in parte già inseriti nella "direttiva tecnica" approvata dal Ministero della Salute e da quello della Difesa il 28 dicembre 1992. Tale circolare non è mai stata esplicitamente abrogata e pertanto ci può risultare di aiuto nella redazione dei ricorsi, con particolare riferimento agli aspetti legati alla tempestività della domanda ed alla corretta valutazione delle notizie clinico-sierologiche riferite ai donatori coinvolti negli eventi trasfusionali.

4. soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere che si siano sottoposte a vaccinazioni anche non obbligatorie, a seguito delle quali abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica;
5. soggetti che risultino contagiati da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
6. operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
7. soggetti che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali;
8. il coniuge che risulti contagiato da uno dei soggetti precedentemente indicati nonché il figlio contagiato durante la gestazione da madre che abbia avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo.

DOMANDA DI INDENNIZZO

I soggetti interessati debbono presentare una domanda in carta semplice contenente:

- dati anagrafici del danneggiato;
- dati anagrafici dell'eventuale rappresentante o rappresentanti (nel caso di minori o incapaci) o richiedente (in caso di morte del danneggiato);
- indicazione del danno per il quale si chiede l'indennizzo (danno da vaccinazione obbligatoria, epatite post-trasfusionale, infezione da HIV, ecc.);
- elenco della documentazione allegata;
- indicazione esatta dell'indirizzo (completo di CAP e, possibilmente, di numero telefonico), al quale inviare ogni comunicazione.

La domanda deve essere firmata dal richiedente; in caso di minorenni o di incapaci deve essere firmata da uno dei genitori o dal legale rappresentante.

Alla domanda debbono essere allegati i seguenti documenti:

Documentazione amministrativa

- Certificato di nascita del danneggiato;
- certificato di nascita del richiedente in caso di morte;
- stato di famiglia nel caso di danneggiato minorenne;
- nomina del tutore nel caso di danneggiato interdetto;
- certificato di morte nel caso di danneggiato deceduto.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

1. Soggetti danneggiati a seguito di vaccinazione

- a. Copia conforme del certificato vaccinale della U.S.L. o di quello del Comune;
- b. nel caso di vaccinazione resa obbligatoria per ordine dell'autorità sanitaria, copia conforme della relativa ordinanza; se la vaccinazione è stata eseguita per motivi di lavoro, idonea documentazione rilasciata dal datore di lavoro;
- c. nel caso di vaccinazione non obbligatoria ma risultata necessaria, idonea documentazione atta a dimostrare la necessità della stessa;
- d. cartella clinica completa ed in copia conforme del primo ricovero relativo al danno subito.

2. Soggetti danneggiati a seguito di contatto diretto con persona vaccinata

- a. Documentazione prevista al n. 1 relativa alla persona vaccinata;
- b. cartella clinica completa ed in copia conforme documentante il danno subito dal richiedente.

3. Soggetti contagiati da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati

a. somministrazione, frequenza, eventuali altre strutture presso le quali sia avvenuta la somministrazione medesima. Nella parte riguardante la diagnosi di malattia deve essere sempre indicata la data (giorno, mese e anno) del primo accertamento di positività per HIV;

b. nel caso di trasfusi occasionali: cartelle cliniche complete ed in copia conforme relative alle avvenute trasfusioni le quali devono essere documentate con le diciture "emotrasfusioni, plasma, globuli rossi, ecc." nella diaria clinica o nella scheda anestesiologicala, o ancora più efficacemente con i bollini adesivi delle sacche utilizzate. La sola presenza di una richiesta di

sangue o emoderivati in cartella senza prova dell'avvenuta somministrazione non può essere considerata una prova valida e certa, così come le dichiarazioni postume di avvenuta trasfusione anche se rilasciate dal medico trasfusionista; documentazione sanitaria contenente la diagnosi di infezione da HIV con indicazione della data (giorno, mese ed anno) del primo accertamento di positività; eventuali analisi o cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno.

4. Operatori sanitari che abbiano contratto infezione da HIV a seguito di contatto con sangue proveniente da soggetto HIV positivo

a. Originale o copia conforme della denuncia di infortunio subito sul lavoro riportante l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto HIV positivo (vedi D.M. 28 settembre 1990, articolo 9, comma 3, secondo il quale l'operatore sanitario deve dare immediata comunicazione dell'infortunio);

b. dichiarazione della Direzione sanitaria della struttura dove si è verificato l'evento attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti;

c. copia conforme della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero durante il quale è stata accertata la prima positività per HIV, ovvero copia delle analisi di laboratorio qualora l'accertamento non sia avvenuto in regime di ricovero.

5. Soggetti danneggiati da epatite post-trasfusionale

a. Nel caso di politrasfusi (talassemici, emofilici): scheda informativa (riportata nella Gazzetta Ufficiale 22 giugno 1992, n. 145, Serie generale) debitamente compilata, firmata e timbrata da un medico della struttura sanitaria pubblica presso la quale l'interessato è in cura (sia il medico sia la struttura sanitaria devono essere chiaramente individuabili). Nella parte relativa ai prodotti somministrati deve essere riportato, ove possibile, il tipo di ogni singolo prodotto (sia esso sangue o suo emocomponente sia esso emoderivato), data di inizio della somministrazione, frequenza, eventuali altre strutture presso le quali sia avvenuta la somministrazione medesima. Nella parte riguardante la diagnosi di malattia deve essere sempre indicata la data (giorno, mese e anno) del primo accertamento di positività per epatite virale post-trasfusionale;

b. nel caso di trasfusi occasionali: cartelle cliniche complete ed in copia conforme relative alle avvenute trasfusioni le quali devono essere documentate con le diciture "emotrasfusioni, plasma, globuli rossi, ecc." nella diaria clinica o nella scheda anestesiologicala, o ancora più efficacemente con i bollini adesivi⁴⁰ delle sacche utilizzate. La sola presenza di una richiesta di sangue o emoderivati in cartella senza prova dell'avvenuta somministrazione non può essere considerata una prova valida e certa, così come le dichiarazioni postume di avvenuta trasfusione anche se rilasciate dal medico trasfusionista;

c. documentazione sanitaria contenente il primo accertamento di positività per epatite virale post-trasfusionale e, nel caso di HBV, anche markers recenti per evidenziare una eventuale sieroconversione con normalizzazione del quadro sierologico (se la diagnosi è stata formulata in regime di ricovero ospedaliero, la cartella clinica deve essere sempre completa ed in copia conforme);

d. qualora tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno intercorra un lungo periodo di tempo è opportuno richiedere, qualora eseguite, eventuali analisi o cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi tra le due date.

6. Soggetti contagiati dal coniuge o dalla madre durante la gravidanza

a. Presupposto fondamentale è che il soggetto contagiante abbia già avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo per la medesima patologia ai sensi della legge n. 210 del 1992;

b. per il coniuge: certificato di stato di famiglia; diagnosi di primo accertamento di positività per HIV o epatite del contagiato e del contagiante, in modo da chiarire se vi sia una effettiva relazione temporale tra i due eventi;

c. per il contagio durante la gestazione: certificato di stato di famiglia; cartella clinica del parto; documentazione attestante la prima positività virale materna e del bambino.

⁴⁰

In non pochi casi le CMO non hanno ritenuto sufficiente tale prova dimenticando che il bollino della sacca può essere staccato da questa solamente quanto la stessa è stata trasfusa, altrimenti c'è il rischio di romperla.

7. Soggetti deceduti

Le ipotesi possibili sono due:

- a. - qualora in corso d'istruttoria sopraggiunga il decesso del danneggiato, la pratica proseguirà il suo iter con l'acquisizione del parere della C.M.O. in quanto l'indennizzo maturato, ove venga riconosciuto il diritto, deve essere liquidato agli eredi; nel caso in cui venga presentata anche domanda di reversibilità o di assegno "una tantum" dagli aventi diritto previsti dalla legge, deve essere acquisita la cartella clinica completa ed in copia conforme relativa al decesso ovvero, nel caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di morte I.S.T.A.T. (modello I.S.T.A.T./D/4) in originale o in copia conforme; inoltre il richiedente o i richiedenti dovranno dimostrare, con idonea documentazione (mod. 730, mod. 740, ecc.), che al momento della morte erano a carico del defunto (tranne il caso di deceduti minorenni);
- b. qualora l'interessato in vita non abbia mai presentato domanda per l'indennizzo e l'avente diritto o gli aventi diritto presentino domanda per ottenere l'assegno "una tantum" dovranno essere presentati tutti i documenti previsti ai punti precedenti a seconda del tipo di danno denunciato oltre alla cartella clinica completa ed in copia conforme relativa al decesso ovvero, nel caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di morte I.S.T.A.T. (modello I.S.T.A.T./D/4) in originale o in copia conforme; inoltre il richiedente o i richiedenti dovranno dimostrare con idonea documentazione (mod. 730, mod. 740, ecc.) che al momento della morte erano a carico del defunto (tranne il caso di deceduti minorenni).

TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

I soggetti interessati ad ottenere l'indennizzo debbono presentare la domanda entro il termine perentorio di tre anni nei casi di vaccinazioni e di epatiti post-trasfusionali o di dieci anni nei casi di infezioni da HIV. I predetti termini decorrono dal momento in cui, sulla base della documentazione di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 3 della legge n. 210 del 1992, l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno⁴¹. Per coloro che, alla data di entrata in vigore della legge, avessero già subito la menomazione prevista dalla legge, i termini di cui sopra decorrono dalla data di entrata in vigore della legge stessa (21 marzo 1992). Pertanto essendo già trascorso il triennio non possono più essere accettate domande per danni da vaccinazioni o da epatiti post-trasfusionali di cui si sia avuta conoscenza prima della predetta data.

ADEMPIMENTI DELLE USL

Ricezione delle domande

I soggetti che ritengono di aver diritto all'indennizzo previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210, e successive modifiche, presentano alla U.S.L. territorialmente competente la relativa domanda da indirizzare al Ministro della sanità. Per U.S.L. territorialmente competente deve intendersi quella presso la quale è iscritto il danneggiato ovvero, in caso di morte, il richiedente. Detta procedura si ritiene opportuna tenuto conto che l'istruttoria delle domande dirette ad ottenere l'indennizzo di cui alla legge n. 210 del 1992 è demandata alla U.S.L. territorialmente competente. Per dirimere ogni ulteriore incertezza da parte degli interessati, verrà proposto da questa Amministrazione, in sede di conversione in legge dell'attuale decreto legge 23 ottobre 1996, n. 548, apposito emendamento volto a chiarire che la presentazione delle domande deve essere effettuata presso la U.S.L. competente. Le domande di indennizzo presentate alla U.S.L. debbono essere registrate su un registro-protocollo e numerate progressivamente secondo l'ordine di arrivo; sulla domanda dovrà essere apposto un timbro con la data di arrivo ed il numero di protocollo attribuito. Per le domande inviate tramite il servizio postale dovrà essere conservata la busta con il timbro di spedizione; nel caso di smarrimento dovrà essere richiesta all'interessato copia della ricevuta di ritorno. Anche sulle domande consegnate a mano dovrà essere apposto il timbro con la data di consegna e il numero di protocollo: all'interessato dovrà essere rilasciata ricevuta contenente i dati di cui sopra ovvero fotocopia della domanda stessa

⁴¹ Questo concetto è ancor meglio esplicitato nella direttiva tecnica emanata il 28/12/1992 riportata nelle pagine precedenti, la quale è stata nuovamente trasmessa agli stessi indirizzi con l'aggiunta delle C.M.O. con circolare 11 marzo 1998 n. DPS/XV/L.210/AG3/20637

dopo avervi apposto il timbro. Qualora per uno stesso danneggiato vengano presentate più domande in tempi diversi, esse debbono essere accorpate in una unica pratica alla quale deve essere attribuito un solo numero di protocollo. Le domande trasmesse dal Ministero della sanità non dovranno essere protocollate in quanto il numero progressivo è già stato attribuito dal Ministero stesso.

Istruttoria delle pratiche

Nell'istruttoria delle pratiche dovrà seguirsi tassativamente il numero di protocollo dando la precedenza a quelle trasmesse dal Ministero. Qualora venga riscontrata la mancanza di alcuno dei documenti necessari, l'interessato dovrà essere invitato a presentarli, prevedendo un congruo termine, con l'avvertimento che in mancanza la pratica verrà archiviata. Nei casi di trasfusi occasionali risultati HIV positivi o affetti da epatite post-trasfusionale, considerato che l'unica prova certa del nesso causale tra la somministrazione di sangue e suoi derivati e le denunciate patologie si può avere controllando a distanza di tempo i donatori, è opportuno chiedere al Centro trasfusionale competente, eventualmente tramite la Direzione sanitaria della struttura ove sono avvenute le somministrazioni, notizie sui controlli virologici e di laboratorio eseguiti sulle unità somministrate e sullo stato attuale dei donatori; nel caso di donatori occasionali, sarebbe opportuno che venissero rintracciati dal Centro trasfusionale e testati per i virus implicati nel contagio. I predetti controlli sono obbligatori nel caso di trasfusioni o somministrazioni di emoderivati effettuati dopo l'entrata in vigore delle norme che hanno resi obbligatori i test virologici su ogni singola unità donata e che di seguito si riportano: HIV - D.L. 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, nella legge 29 dicembre 1987, n. 531; HBV - D.M. 15 gennaio 1978, n. 14; HCV - D.M. 21 luglio 1990, n. 107. Completata l'istruttoria della pratica ed accertata la sussistenza dei requisiti soggettivi ed oggettivi previsti dalla legge, la pratica stessa dovrà essere trasmessa in fotocopia alla Commissione medica ospedaliera territorialmente competente per gli adempimenti di cui all'articolo 4 della legge. Non appena la predetta C.M.O. avrà trasmesso il verbale con le proprie valutazioni, tutta la pratica dovrà essere inviata al Ministero della sanità - Dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale - Ufficio speciale per l'attuazione della legge n. 210 del 1992 - Viale della Civiltà Romana, 7 - 00144 Roma - per i successivi adempimenti del predetto Ufficio. La U.S.L., per ogni pratica restituita al Ministero, dovrà conservare la copia completa, necessaria per eventuali futuri adempimenti (richiesta di aggravamento, richiesta di erogazione dell'assegno "una tantum" in caso di morte, ecc.). Qualora nel corso dell'istruttoria venga riscontrato che il richiedente non ha diritto all'indennizzo per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge, la pratica dovrà essere restituita al Ministero della sanità senza inviarla alla C.M.O., precisando i motivi per cui la pratica stessa deve essere archiviata.

Ministero della sanità

Circ. 11 marzo 1998 n. DPS/XV/L.210/AG3/20637

Legge 25 febbraio 1992, n. 20 e successive modifiche e integrazioni. Svolgimento delle procedure

Agli Assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome
Ai Direttori generali delle Unità Sanitarie Locali
Ai Commissari di Governo delle Regioni a statuto ordinario
Al Commissario dello Stato nella Regione Siciliana
Al Rappresentante del Governo nella Regione Sarda
Al Commissario di Governo nella Regione Friuli Venezia Giulia
Al Presidente della Commissione di coordinamento nella Regione Valle d'Aosta
Al Commissario di Governo nella Provincia di Trento
Al Commissario di Governo nella Provincia di Bolzano
Alle Commissioni Mediche Ospedaliere

Si trasmette copia della direttiva tecnica interministeriale Ministero della Difesa e Ministero della Sanità del 28 febbraio 1992⁴² con la quale sono stati individuati, tra l'altro, i compiti spettanti alle Commissioni Mediche Ospedaliere di cui all'art. 165 del T.U. approvato con D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092 relativamente agli adempimenti concernenti la concessione dell'indennizzo previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210.

In particolare si richiama l'attenzione circa l'attribuzione delle predette Commissioni della competenza ad esprimere il giudizio medico-legale sulla tempestività della domanda⁴³, in relazione ai termini perentori di cui all'art. 3, 1° comma della legge in argomento.

⁴² Riportata nelle precedenti pagine

⁴³ Non è un caso che dopo circa due anni dalla emanazione della circolare Circ. 14-11-1996 n. 900.U.S./L.210/AG/3/6072, che la maggioranza delle CMO ritenevano avesse assorbito la direttiva tecnica di che trattasi, il Ministero della Salute ha voluto ribadire l'efficacia e la vigenza della stessa, con il preciso intento di richiamare l'attenzione, soprattutto delle CMO, sulla questione della tempestività della domanda. Si ricorda che tale direttiva esplicita molto bene il concetto di conoscenza qualificata della malattia sinteticamente riportata nella circolare del 14.11.96, circostanza questa che consente di ben motivare i ricorsi contenenti questa fattispecie.

I.N.P.S. (Istituto nazionale della previdenza sociale)

Circ. 10-10-2000 n. 172

Indennizzo di cui alla legge n. 210 del 1992. Non computabilità nel reddito ai fini dei trattamenti di famiglia.

Da parte di alcune Sedi periferiche è stato posto quesito circa la computabilità nel reddito, ai fini dell'erogazione dei trattamenti di famiglia, dell'indennizzo da parte dello Stato, istituito dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210, a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

Al riguardo si chiarisce che il Ministero della sanità ha stabilito la natura risarcitoria di tale indennizzo che, quindi, come precisato dal Ministero delle finanze, non è soggetto ad alcuna ritenuta né assistenziale né fiscale⁴⁴.

Pertanto in considerazione del carattere risarcitorio attribuito all'indennizzo in oggetto, le somme corrisposte a tale titolo non costituiscono reddito ai fini dell'applicazione delle normative che regolano la corresponsione dei trattamenti di famiglia.

Tali somme non devono quindi essere computate tra i redditi del beneficiario ai fini del superamento o meno dei limiti di reddito individuale mensile per la determinazione della vivenza a carico (artt. 6 e 7 del T.U. delle norme sugli assegni familiari approvato con D.P.R. 30 maggio 1955, n. 797 e successive modificazioni), né concorrono alla formazione del reddito familiare annuo da considerare nell'applicazione delle norme che disciplinano l'erogazione degli assegni familiari e dell'assegno per il nucleo familiare (art. 23 della legge 28 febbraio 1986, n. 41 e art. 2 della legge 13 maggio 1988, n. 153.).

I.N.P.S. (Istituto nazionale della previdenza sociale)

Circ. 6-12-2000 n. 203

Indennizzo di cui alla legge n. 210 del 1992. Non computabilità nel reddito da valutare ai fini del diritto alle prestazioni pensionistiche.

Con circolare n. 172 del 10 ottobre 2000 è stato precisato che le somme corrisposte a titolo di indennizzo ai sensi della legge 25 febbraio 1992, n. 210, a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati non costituiscono reddito ai fini dell'applicazione delle normative che regolano la corresponsione dei trattamenti di famiglia.

Ciò in quanto il Ministero della sanità ha stabilito la natura risarcitoria di tale indennizzo che, quindi, come precisato dal Ministero delle finanze, non è soggetto ad alcuna ritenuta né assistenziale né fiscale.

Del pari, con nota n. 55963 del 10 luglio 2000, il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica ha espresso l'avviso che il predetto indennizzo, considerata la sua natura risarcitoria, non deve essere computato nel reddito ai fini dei trattamenti di famiglia e di altre prestazioni di competenza dell'Istituto collegate al reddito.

Al riguardo si fa presente che l'indennizzo in questione, in quanto fiscalmente non imponibile, era già ininfluenza per le prestazioni pensionistiche che, per legge, sono correlate al reddito assoggettabile all'I.R.P.E.F. (per es., integrazione al trattamento minimo di cui all'articolo 6 della legge n. 638 del 1983, e successive modificazioni e integrazioni, integrazione dell'assegno di invalidità di cui all'articolo 1, comma 4, della legge n. 222 del 1984, pensione sociale di cui all'articolo 26 della legge n. 153 del 1969, e successive modificazioni e integrazioni per quanto concerne il reddito percepito dal coniuge, ecc.).

Tenuto conto delle indicazioni fornite dai predetti dicasteri l'indennizzo in parola deve essere considerato ininfluenza anche ai fini del riconoscimento del diritto alle prestazioni pensionistiche collegate ai redditi di qualsiasi natura.

Si tratta, in particolare, delle seguenti prestazioni:

- maggiorazione sociale ed aumento della pensione sociale di cui agli articoli 1 e 2 della legge 29 dicembre 1988, n. 544;
- pensione sociale di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni e integrazioni (anche se l'indennizzo è percepito dal titolare della prestazione);
- assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

⁴⁴ Purtroppo, molti cittadini, anche per scarsa conoscenza delle circolari da parte di alcuni CAF, nei primi anni '90, hanno denunciato l'importo derivante dall'indennizzo ai fini IRPEF.

PARERI E NOTE INFORMATIVE

Ministero della sanità

Istituto Superiore di Sanità

Parere 5 ottobre 1995 n.22110/BLC.12.VIR.IMM

Tempi tra esposizione al virus HCV e primo rialzo delle transaminasi o comparsa della positività per HCV

In rapporto a quanto richiesto in merito alla caratterizzazione eziologia e diagnosi delle infezioni da HCV, si precisano i seguenti punti:

1. L'intervallo di tempo medio tra esposizione al virus e primo rialzo delle transaminasi o comparsa della positività per anti-HCV, valutata con i saggi di III^a generazione, è di 12 settimane. Tuttavia l'utilizzazione di saggi di I^a generazione aveva messo in evidenza, nei precedenti studi, un intervallo fino ad un anno. Pertanto si può ragionevolmente affermare, tenendo conto anche del contributo della variabilità virale, che un nesso causale tra i due eventi può essere escluso dopo un intervallo temporale di un anno.
2. E' stato stimato che, prima dell'introduzione dell'obbligatorietà dello "screening" delle donazioni di sangue per anti-HCV (1992), circa il 13% dei casi di epatite acuta di tipo non-A non-B era attribuibile a trasfusione di sangue. Non è possibile fornire, per la frammentarietà dei dati a disposizione, un valore statistico preciso per quanto concerne l'epatite acuta cronica.
3. Le conoscenze attuali sulle modalità di replicazione dell'HCV fanno escludere la possibilità di integrazione del virus negli epatociti.
4. La presenza di HCV-RNA nel siero è significativamente più frequente nei pazienti con danno epatico, tuttavia la viremia può essere riconosciuta anche in individui con reperto istologico normale. Inoltre i livelli di viremia possono fluttuare ampiamente fino a non essere rilevabili nei pazienti cronici. Pertanto i dati attualmente a disposizione non permettono di attribuire un valore prognostico al rilevamento dell'HCV-RNA mediante metodo di amplificazione genica(PCR).
5. Non è possibile, attualmente, affermare che la sola presenza degli anticorpi anti-HCV sia indice di infezione risolta in quanto non è ancora noto se l'infezione da HCV possa o meno risolversi a seguito della riduzione della presenza di HCV-RNA a livelli non rilevabili tendendo anche in considerazione le osservate fluttuazioni di tale marcatore.
6. Alla luce delle conoscenze attuali è impossibile stabilire se un portatore asintomatico di infezione da HCV possa essere realmente e stabilmente sano, in quanto non è noto se l'infezione da HCV possa instaurarsi senza che si produca, nel corso degli anni, un danno epatico. Pertanto un portatore asintomatico deve essere considerato un individuo da monitorare nel tempo.

Ministero della sanità
Istituto Superiore di Sanità
Parere 5 ottobre 1995 n.22111/BLC.12.VIR.IMM
Plasmaderivati

Per la preparazione di plasmaderivati sicuri sono previste procedure di selezione dei plasmi di partenza, sia durante il ciclo di produzione, sia procedure di inattivazione virale che non influenzino significativamente l'attività biologica delle proteine plasmatiche. Sono altresì previste procedure di validazione di tali processi.

Per quanto concerne l'albumina umana il trattamento al calore in soluzione acquosa a 60° per 10h (pasteurizzazione) ha finora garantito la sicurezza da trasmissione virale.

La preparazione delle immunoglobuline con il metodo di frazionamento del plasma in etanolo freddo è in grado di determinare una riduzione del titolo di HBV-DNA e di HCV-RNA, eventualmente presente nel plasma di partenza, e di inattivare il virus HIV.

Inoltre durante il processo di produzione è frequentemente previsto più di un trattamento di inattivazione/rimozione virale quali il frazionamento con polietilene glicole, la cromatografia a scambio ionico, il trattamento a pH4, il trattamento con il metodo solvente/detergente e trattamenti a calore.

Ciascun trattamento contribuisce alla inattivazione/rimozione di eventuali virus contaminanti.

In conclusione è possibile affermare, in base allo stato attuale delle conoscenze sulle caratteristiche biologiche di differenti virus, che dopo la recente introduzione di multipli trattamenti di inattivazione, le immunoglobuline in commercio, a somministrazione intramuscolare ed endovenosa, sono ragionevolmente sicure.

Tuttavia casi di trasmissione di virus HBV ed HCV sono stati descritti per alcune preparazioni prima dell'applicazione di trattamenti di inattivazione/rimozione virale multipli⁴⁵.

Inoltre la natura stessa dei meccanismi e dei processi biologici non permette in nessun caso di affermare l'assoluta nullità del rischio per quanto concerne la trasmissione di agenti virali noti, o tuttora sconosciuti, da parte di prodotti derivati dal sangue.

⁴⁵ Per approfondimenti sulla controversa questione si fa rinvio allo specifico ricorso riportato nel capitolo 5

Ministero della sanità
Dipartimento delle Professioni Sanitarie – Ufficio Speciale legge 210/92
Nota informativa per CMO anno 1995
Immunoglobuline per via intramuscolo(in particolare: sieroprofilassi antitetanica)

L'Istituto Superiore di Sanità, con nota del 5.10.1995⁴⁶, ha affermato che le immunoglobuline in commercio, a somministrazione intramuscolare ed endovenosa, sono ragionevolmente sicure, in quanto la preparazione delle stesse con metodo di frazionamento del plasma in etanolo freddo è in grado di determinare una riduzione del titolo HBV-DNA e di HCV-RNA, eventualmente presente nel plasma di partenza, e di inattivare il virus HIV. Inoltre, durante il processo di produzione delle immunoglobuline è frequentemente previsto più di un trattamento (frazionamento con polietilene glicole, cromatografia a scambio ionico, trattamento a pH4) che contribuisce alla inattivazione/rimozione di eventuali virus contaminanti.

I metodi fisico-chimici di frazionamento/purificazione più utilizzati nel processo produttivo delle immunoglobuline, come quello in etanolo freddo sopra citato, sono di derivazione dal metodo di Cohn, già noto dal 1989 e descritto nella Guideline 8379/89 della “Disciplina relativa ai medicinali nella Comunità Europea”, volume III, suppl. n.2.

Tali Metodi sono stati riportati sia nella Farmacopea Europea che in quella Ufficiale della Repubblica Italiana

A sostegno di quanto sopra esposto si segnala inoltre che, sia al Servizio di Farmacovigilanza del Ministero della Sanità, sia al Sistema di Sorveglianza dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) dell'Istituto Superiore di Sanità, non risultano finora pervenute segnalazioni, nazionali od estere, di epatite HCV-correlata a seguito di somministrazione intramuscolare di immunoglobuline antitetaniche :

Appare opportuno inoltre precisare che nella letteratura internazionale, per i casi descritti di epatite da virus HCV a seguito di terapia con immunoglobuline, la probabilità di trasmissione virale è sempre stata collegata con la somministrazione della specialità medicinale per via endovenosa e mai per via intramuscolare.

Ciò premesso si chiede cortesemente a Codesta Commissione la possibilità di valutare come probabili fonti di contagio, oltre la somministrazione di emoderivati, anche condizioni igienico-ambientali che rappresentano un reale substrato etiopatogenetico per la trasmissione del virus HCV (manovre chirurgiche in ambiente sanitario, strumentario infetto anche non medico, contagio sessuale e/o familiare, tossicodipendenza ecc.)

Si riportano di seguito riferimenti scientifici⁴⁷ e normativi relativi a quanto sopra descritto:

- VHO Techn.Rep.Series 786/89 “Requirts for Biological Substance n. 27- Rev. 1989”;
- Guideline CEE 8115/89 “Validazione delle procedure di eliminazione ed inattivazione virale”;
- Guideline CEE 8379/89 “Medicinali derivati da sangue umano e plasma”;
- Guideline CEE 3232/92 “Fabbricazione di prodotti derivati dal sangue o plasma umani”;
- Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana – IX Edizione- I suppl. 1988 e successive ed.;
- Pharmacopée Européenne – Deuxième Edition – Parte III ;
- De Stasio G. “Il rischio trasfusionale” Ed. SIMTI Milano, II Ed. Dicembre 1995, 47-479, 678-679;
- Piazza M. “Epatite virale acuta e cronica” Ed. Ghedini, Milano, VI Ed., Giugno 1994.

⁴⁶ [Riportata integralmente nella pagina precedente](#)

⁴⁷ [Per ulteriori approfondimenti si fa rinvio allo specifico ricorso riportato nel capitolo 5](#)

Ministero della Sanità
Ufficio Speciale Legge 210/92

Circolare Ministero della Sanità n° 900 U.S./1.210/ag/3/6072 del 14 novembre 1996 (Direttive alle USSL in attuazione art. 7, D.L. 23 ottobre 1996) – **chiarimenti** in merito all'interpretazione del punto 5 relativo alla documentazione sanitaria a corredo delle istanze di indennizzo ai sensi della Legge 210/92, nel caso di soggetti danneggiati da epatite post-trasfusionale. 14 febbraio 1997

Nell'ambito dell'istruttoria delle domande d'indennizzo ai sensi della legge 210/92 riguardante i casi di soggetti trasfusi per evento acuto (trasfusioni per interventi chirurgici, per malattie ematologiche non congenite, emodializzati), è fondamentale che siano acquisite te agli atti le cartelle cliniche relative alle trasfusioni.

La stesura della scheda informativa può essere paragonata ad un qualsiasi certificato medico e come tale deve essere testimonianza scritta su fatti e comportamenti apprezzabili e valutabili: pertanto chi rilascia il certificato deve fare riferimento agli elementi obiettivi personalmente rilevati ed eventualmente a quelli sintomatologici riferiti dal richiedente. Ovviamente il riferimento agli elementi obiettivi non può prescindere dall'esame degli atti, vale a dire cartelle ed analisi cliniche dall'esame delle quali si possano evincere i dati relativi alle trasfusioni ed al primo rilevamento del danno.

A tal proposito, ribadendo che la Scheda informativa deve essere compilata, timbrata e firmata da un medico di Struttura Sanitaria pubblica, si ritiene che l'unica figura medica che sia in grado di certificare praticamente e riassumere correttamente la storia clinica del soggetto politrasfuso (talassemico, emofiliaco) sia un sanitario responsabile dello stesso reparto clinico ospedaliero ove il soggetto politrasfuso medesimo è in cura.

Pertanto l'appartenenza o meno del medico a strutture private convenzionate può essere valutata in relazione a quanto sopra esposto.

Per quel che riguarda l'attività delle strutture trasfusionali è un momento accessorio molto importante. Infatti, poiché la Commissione Medica Ospedaliera deve riconoscere l'eventuale esistenza del nesso di causalità tra la trasfusione e l'infermità, può essere sufficiente documentare l'avvenuta trasfusione e la successiva insorgenza dell'infezione post- trasfusionale. Tuttavia è evidente che, come riportato nella letteratura medica, come ribadito nelle raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità per gli studi di questo settore e come verificato nella prassi abituale dello scrivente ufficio nel corso degli ultimi due anni, lo studio parallelo delle storie cliniche del donatore e del trasfuso è alla base di un più corretto giudizio medico-legale.

Se si volesse avviare un'indagine epidemiologica sullo stato attuale dei donatori è importante che la stessa venga effettuata nel caso in cui le trasfusioni somministrate fossero già soggette ai controlli obbligatori per legge, vale a dire DL. n. 43 del 30 ottobre 1987, convertito con modificazioni, nella legge 29 dicembre 1987, n. 531 per il test anti-HIV, D.M. n. 14 del 15 gennaio 1988 per il test anti-HBV e D.M. n. 107 del 21 luglio 1990 per test anti-HCV.

Comunque, oltre i predetti limiti temporali sarebbe auspicabile che detta indagine venga comunque effettuata ove possibile e tenendo presente le difficoltà legate alla conservazione dei registri trasfusionali, alle procedure di informatizzazione dei dati relativamente recenti delle strutture trasfusionali medesime e quant'altro non direttamente valutabile dallo scrivente.

Ai fini di una razionalizzazione della spesa è opportuno che le richieste di indagine epidemiologica sullo stato attuale dei donatori siano mirate e, conseguentemente, effettuate conoscendo l'infezione post-trasfusionale denunciata nell'istanza d'indennizzo ai sensi della legge 210/92.

Ministero della Salute
Direzione Generale delle Prestazioni Sanitarie e Medico Legali
Ufficio VIII – n. D.G.P.S.M.L./Uff.VIII / 2534
(data illeggibile, ma comunque successiva all'aprile del 2001)

Al riguardo, si fa presente che la normativa vigente non prevede alcun termine per la presentazione delle domande di *una tantum* di cui all'art.2, comma 3 della Legge 210/92. Non è pertanto legittimo, ad avviso di chi scrive, fare riferimento a termini stabiliti espressamente dal legislatore per altre fattispecie (indennizzo in vita), in ossequio al principio generale vigente nel nostro ordinamento giuridico dell' "*ubi lex voluit dixit*".

Per tali motivi, lo scrivente Ufficio non ha tenuto conto, nel corso degli anni, del giudizio di parecchi casi espresso dalle Commissioni mediche ospedaliere sulla tempestività delle domande per la concessione del beneficio di che trattasi, dando comunque corso, anche in presenza di un giudizio di intempestività, alla procedura di liquidazione delle somme dovute.

Tale orientamento è stato confermato dalla Corte di cassazione che, con sentenza n. 6130 del 27/04/2001, ha ribadito l'inesensibilità analogica delle norme sulla decadenza, che "hanno carattere eccezionale e non sono applicabili oltre i casi espressamente previsti per legge

Il dirigente
(dott.ssa Anna Grazia Ascenzi)

10. PROPOSTE DI MODIFICA ALLA LEGGE 210/’92 AVANZATE DAL DIFENSORE CIVICO

Si ricorda che queste proposte, avanzate dal Difensore civico della Toscana, dr. Giorgio Morales, sono state formulate a nome dei tanti cittadini assistiti in tutta Italia e validate con formale mandato di rappresentanza rilasciato all’Ufficio da:

- Tutti i difensori civici Regionali e delle Province Autonome di Trento e Bolzano;
- Difensori civici Locali della Toscana che esercitano il loro mandato in 5 Province, 169 Comuni e 12 Comunità Montane, unitamente a n. 9 difensori civici locali di altre Regioni;
- 155 Associazioni di volontariato, di tutela sanitaria e di patronato, di cui 54 Associazioni di coagulopatici, emofilici e talassemici, 87 Associazioni di tutela in ambito sanitario e 14 Associazioni di patronato.

Alcune di queste proposte sono state recepite nella proposta di legge n. 1523 presentata alla Camera il 31 luglio 2006¹

¹ riportata integralmente nel capitolo Allegati

PROPOSTE DI MODIFICA ALLA LEGGE 210/92

1. **L'abolizione dei termini per presentare le domande**, per i cittadini danneggiati da vaccini, da emotrasfusioni, e per gli operatori sanitari che non hanno potuto presentare la domanda nei ristretti termini triennali previsti dalla legge, perché non adeguatamente informati della facoltà di richiedere l'indennizzo, come riconosciuto dallo stesso legislatore che ha previsto specifiche forme di pubblicità con la legge 238/97, peraltro ampiamente disattese in tutte le regioni.

Occorre tener presente che per gli operatori sanitari che hanno preso conoscenza dell'infezione da HBV e HCV prima del 26 novembre 2002 tale termine è scaduto il 25 novembre 2005 in forza della sentenza della Corte Costituzionale n. 476/2002.

A ciò deve ulteriormente aggiungersi la considerazione per cui l'art. 3 della legge 210/92 contiene, di per sé, una evidente disparità di trattamento tra le diverse categorie di soggetti tutelati (termine triennale per le epatiti post-trasfusionali e termine decennale per il virus HIV).

Infatti, il lungo intervallo di tempo che, spesso, intercorre tra l'evento trasfusionale e il manifestarsi delle alterazioni bioumorali di entrambe le sopradette patologie è compatibile e sovrapponibile sia con quello da HIV che con quello da HCV, (anche oltre due decenni, secondo la consolidata letteratura, per l'HCV e fra i 15-20 anni per l'HIV), anche in considerazione delle caratteristiche delle malattie indotte da due diversi agenti virali, i cui decorsi sul piano clinico possono non essere accompagnanti da sintomi specifici tali da indurre il soggetto affetto a sottoporsi ad esami approfonditi, oltre a quelli di routine, mirati, appunto alla dimostrazione della causa.

Oltretutto, la legge 210/92 prevede ulteriormente un termine di prescrizione decennale per le domande di richiesta della c.d. *una tantum*, nella misura del 30% dell'indennizzo dovuto ai soggetti danneggiati da vaccinazione, (art. 2, comma 1) e per le domande di richiesta di *una tantum* o assegno di reversibilità della durata di 15 anni per gli eredi in caso di decesso dell'avente diritto (art. 2, comma 3).

E' utile ricordare che la legge 210 del 1992 ha introdotto nell'ordinamento regole proprie di un sistema di sicurezza sociale. La *ratio* di questa legge è quella di riconoscere un equo indennizzo al soggetto che, per stato di

necessità, si sia dovuto sottoporre a prestazioni emotrasfusionali e che, in esito al relativo contagio, abbia subito un danno alla salute. Tali regole sono andate a integrare e/o correggere i principi già esistenti nel sistema della responsabilità civile, ove, infatti, vige un termine prescrizione ordinario di anni dieci (art. 2946 c.c.), ovvero termini più brevi, come nel caso del diritto al risarcimento del danno da atto illecito (art. 2047 c.c.) che si prescrive in cinque anni.

La fissazione del termine triennale per la presentazione della domanda di indennizzo, oltre a costituire un grave ostacolo all'ottenimento del diritto stesso, si pone in contrasto con la Costituzione laddove, nello stabilire che la domanda debba essere presentata nel termine perentorio di tre anni, prevede un'ipotesi attenuata di tutela del diritto primario alla salute. Quest'ultimo, in quanto ritenuto fondamentale per l'individuo, e come tale, costituzionalmente garantito, richiede semmai, una tutela rafforzata rispetto ad altri diritti - regolati dalle norme civilistiche - che, pur non essendo, a volte, dello stesso rango, non sono soggetti ad accertamenti amministrativi condizionanti e sono comunque, salve specifiche eccezioni, azionabili in un termine più lungo.

2. L'aumento sostanziale dei ratei di indennizzo per tutti i soggetti tutelati dalla legge 210 e successive modificazioni.

Come è noto l'indennizzo consiste in un assegno mensile, reversibile per 15 anni, determinato della misura di cui alla tabella a) del decreto di seguito citato, rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato ed integrato da una somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale di cui alla legge n. 324 del 1959 e successive modificazioni ed è fissato in base ad una delle 8 categorie previste dal DPR n. 834/81.

La stessa misura dell'indennizzo, rimasta pressoché invariata in 14 anni, non è adeguata alla gravità dei danni subiti dai cittadini, anche in relazione a quelli che derivano loro in ordine alla vita di relazione ed alla capacità lavorativa, sempre conseguenti a trattamenti sanitari obbligatori o comunque resisi necessari a seguito di gravi patologie. A tal proposito si ricorda che numerosi Giudici di merito e la stessa Corte Cassazione (n.15894 del 28/7/2005) hanno riconosciuto il diritto all'estensione della rivalutazione,

secondo gli indici ISTAT, anche alla quota afferente l'indennità integrativa speciale che rappresenta la parte economica più rilevante delle due voci che compongono l'indennizzo.

Si ricorda che l'ottava categoria è riconosciuta nei casi di danni medi alla salute e dà diritto a percepire un assegno mensile fissato per il 2006 in € 548,40, mentre la prima categoria è assegnata nei casi veramente gravi (cirrosi epatica in fase avanzata, epatocarcinoma, cerebrolesioni ecc.) e prevede l'erogazione di un assegno mensile pari a € 627,83. A conferma della esiguità dell'adeguamento mensile, legato al costo della vita, si riporta la differenza erogata sulla VIII categoria (che riguarda il maggior numero di cittadini): L'aumento dell'anno 2006, rispetto al 2005 ammonta ad € 0,57 e, nel complesso, l'aumento effettivamente pagato dal 1992 ad oggi ammonta ad € 6,20 mensili. In concreto la perdita subita da tutti i danneggiati in questi anni è notevole. Infatti prendendo in esame solo gli ultimi due anni l'importo annuo non corrisposto a seguito della mancata rivalutazione monetaria dell'indennità integrativa speciale ammonta ad € 1247,57 per l'anno 2005 ed € 1373,70 per il 2006. Ovviamente negli anni successivi tale perdita sarà sempre più cospicua.

3. **La revisione delle categorie della tabella a) allegata al D.P.R. 915/78** e successive modificazioni apportate con DPR 30/12/1981, n. 834, utilizzate per la valutazione dei danni riferiti all'erogazione di assegni e indennità di guerra e che sono, con difficoltà, applicate ai danni correlati a trasfusioni e vaccinazioni - tramite necessari riferimenti analogici alla tabella valutativa per le malattie invalidanti (DM 5/12/1992 e successive modifiche), ancorati al concetto della capacità lavorativa generica. Tale incongruenza è stata rilevata anche dalla Corte Costituzionale con sentenza n.423/2000, con la quale il Parlamento è stato "invitato" a modificare le norme di riferimento. Ed è per questi motivi che la maggioranza delle Commissione Mediche Ospedaliere, basandosi unicamente sulla sola lettura dei referti ecografici e delle transaminasi sieriche (spesso nella norma, in quanto, come noto sono valori fluttuanti), respinge le domande in quanto la patologia viene ritenuta "non ascrivibile" ad alcuna categoria della tabella avanti indicata. Tutto ciò peraltro, molto spesso, senza richiedere neppure gli esami ematochimici c.d. di primo livello che, nell'insieme, rappresentano un indispensabile approccio

per effettuare una corretta valutazione del danno epatico nelle epatiti da HCV.

Solo alcune Commissioni Mediche Ospedaliere, giustamente, ritengono le transaminasi sieriche un indice molto impreciso di malattia nelle epatopatie croniche da HCV e la sola presenza di positività dell'HCV RNA PCR, esame indicativo di una replicazione virale con infezione cronica, viene giudicata sufficiente per il riconoscimento di una menomazione indennizzabile.

Se è vero che il fegato presenta notevoli riserve funzionali, le quali rendono di difficile individuazione l'entità reale di un danno epatico di grado medio da HCV, è altrettanto vero che la maggioranza delle CMO non tengono nella benché minima considerazione la presenza di patologie extraepatiche correlate alla replicazione virale, quali danni al sistema endocrino, a quello emopoietico e linfoide, ai reni, ai muscoli, alle articolazioni, alla cute ecc.

Correggere questo meccanismo appare necessario anche al fine di tutelare lo stesso personale militare che, impegnato nelle operazioni di pace, può contrarre patologie tempo addietro non ipotizzabili, causate da elementi chimici, fisici, batteriologici e nucleari, non facilmente inquadrabili in detta tabella, mirata a risarcire i danni da operazione di guerra classica.

4. **L'ammissione di prove testimoniali e di certificazioni** redatte da medici nei casi ove la documentazione clinica necessaria per provare il nesso causale tra la patologia contratta e le terapie infette praticate, sia stata smarrita dalle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere (cartelle cliniche, registri operatori, cartelle anestesilogiche, schede vaccinali, registri di carico e scarico delle unità di sangue e suoi derivati dei Centri Trasfusionali, registri di Pronto Soccorso attestanti la somministrazione della sieroprofilassi antitetanica). E' ovvio che non si può gravare sul cittadino lo smarrimento o la mancata conservazione di tale documentazione.

Così operando, oltretutto si eviterebbe di adottare in sede amministrativa valutazioni assai più punitive di quelle assunte in ambito civilistico, ove le più recenti sentenze della Cassazione, nel qualificare la responsabilità professionale del sanitario e della struttura sanitaria come *contrattuale*, hanno voluto favorire la parte più debole del procedimento, non solo sotto il profilo di un più ampio termine prescrizione, ma soprattutto per *l'inversione dell'onere della prova* che governa la responsabilità da inadempimento.

In tal senso si torna a ribadire come la stessa previsione normativa con legge speciale, costituisca concettualmente espressione della volontà del legislatore di superare gli schemi dell'art. 2043 del codice civile, che poteva altrimenti essere applicato senza bisogno di una legge *ad hoc* e come i soggetti istituzionali parte del procedimento dovrebbero tenere presente la chiara volontà del legislatore.

5. **La definizione più rapida dei procedimenti** da parte delle ASL e soprattutto delle Commissioni Mediche Ospedaliere, non potendosi giustificare tempi così lunghi per l'istruttoria tecnico-amministrativa delle domande (oltre un anno per le Regioni a Statuto Ordinario, e 3-4 per le Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome di Trento e Bolzano). Tale rilievo vale anche per il Ministero della Salute che per l'esame dei ricorsi amministrativi impiega oltre due anni.
6. **La retrodatazione dell'indennizzo** nella misura del 30%, dal manifestarsi degli eventi dannosi, anche per i soggetti contagiati da pratiche emotrasfusionali, così come già riconosciuto per i danni correlati alle vaccinazioni
7. **La corresponsione di un congruo risarcimento** per i gravi danni morali, fisici e psicologici patiti dagli interessati, anche alla luce delle numerose transazioni approvate dal Ministero della Salute in forza delle disposizioni contemplate dal D.L. 23/4/2003, n. 89 convertito con legge 20/6/2003, n. 141 e come meglio precisato dal D.M. 3/11/2003 che ha fissato i criteri per la definizione transattiva delle controversie in atto promosse da soggetti emotrasfusi, escludendo, peraltro, dal beneficio i malati talassemici, microcitemici, coagulopatici e i cittadini trasfusi per evento acuto. Un valido parametro di riferimento ci viene anche offerto dalle disposizioni approvate per i danneggiati da vaccinazioni con legge 29 ottobre 2005, n.229, che tiene conto anche del mancato guadagno subito dai genitori o dai familiari delle persone più gravemente danneggiate.
8. **L'aumento dell'assegno "una tantum" per gli eredi** da elevare, quantomeno, a € 150,000.
9. **La liquidazione degli interessi al tasso legale** maturati a partire dal 120° giorno successivo alla presentazione della domanda fino alla data di liquidazione dello stesso.

10. **Il diritto all'indennizzo dei danni reversibili** per il tempo di accertata permanenza della patologia con esiti di invalidità temporanea pluriennale.
11. **La corresponsione di un indennizzo *una tantum***, o di un rateo proporzionalmente ridotto per le patologie di gravità inferiore alla ottava categoria ora non tutelate.
12. **La previsione di un termine più ampio degli attuali 30 giorni** per poter ricorrere avverso il giudizio negativo espresso dalle Commissioni Mediche Ospedaliere, tenuto conto che il Ministero della Salute impiega più di due anni per decidere sul ricorso amministrativo.
13. **La Fissazione di un termine più ampio di quello annuale per adire le vie legali.** Tale limite appare troppo ristretto ove si consideri che una qualsiasi azione di risarcimento dei danni è soggetta ad un termine di decadenza pluriennale.

Infatti la legge 210/92 prevede la facoltà di *“esperire l'azione dinanzi al giudice ordinario (con il rito del processo del lavoro trattandosi di materia assistenziale) entro un anno dalla comunicazione della decisione sul ricorso o, in difetto, dalla scadenza del termine previsto per la comunicazione”* - tre mesi più trenta giorni – (art. 5, commi 2 e 3).

Ne consegue che il termine da tenere presente è sempre quello di un anno più tre mesi più trenta giorni, tenuto conto che il Ministero della Salute impiega, in media, oltre 24 mesi per decidere sul ricorso amministrativo. Ciò nasconde una grave insidia per i cittadini che rischiano di attivarsi a termine già scaduto e quindi vedersi opporre la decadenza. Infatti il Giudice, nella fase delle questioni di rito, rilevabili d'ufficio, preliminari all'esame di merito, accertato il decorso di tale termine, potrebbe emettere una sentenza di irricevibilità fondata su una interpretazione restrittiva dell'art. 5, comma 3 della legge 210/92. Ulteriore incertezza è stata alimentata dal Decreto del Ministero della Sanità n. 514 del 18/11/1998, pubblicato in G.U. n. 55 dell'8/3/1999, il quale, avendo ampliato i termini (da tre mesi più trenta giorni a 390 giorni) per la conclusione del procedimento riguardante la decisione sul ricorso gerarchico, potrebbe, secondo una non unanime dottrina giuridica, aver “spostato in avanti” i termini temporali per esperire le azioni giudiziarie. Comunque anche tal termine è sempre inferiore ai tempi impiegati dal Ministero per comunicare le risposte sui ricorsi amministrativi.

Occorre pertanto riformulare i commi 2 e 3 dell'art 5 in modo da dare sicurezza al cittadino dell'invio del D.M. contenente la risposta al ricorso amministrativo, in tempi congrui e certi, senza escludere l'ipotesi che il silenzio del Ministero possa configurarsi quale silenzio accoglimento del ricorso amministrativo.

Pur non rientrando strettamente all'interno delle proposte di modifica della legge 210/92, l'assistenza prestata a così tanti cittadini danneggiati da trasfusioni ha fatto emergere alcune criticità applicative della normativa che regola le disposizioni relative ai **benefici previdenziali a favore di lavoratori affetti da thalassodrepanocitosi e talassemia intermedia**.

Questa problematica, pur coinvolgendo un numero di cittadini limitato, merita la massima attenzione proprio perché è originata da una sottovalutazione medico-scientifica, che non ha consentito di prendere in debita considerazione una particolare forma di talassemia in sede di regolamentazione della materia. Come è noto l'art. 39 della legge 28 dicembre 2001 n. 448 (Norme a favore dei lavoratori affetti da talassemia major e drepanocitosi), come modificata dall'art. 3, comma 131, L. 24 dicembre 2003, n. 350, stabilisce, tra l'altro che:

“I lavoratori affetti da talassemia major (morbo di Cooley) e drepanocitosi, nonché talasso-drepanocitosi e talassemia intermedia in trattamento trasfusionale o con idrossiurea, che hanno raggiunto un'anzianità contributiva pari o superiore a dieci anni, in concorrenza con almeno trentacinque anni di età anagrafica, hanno diritto a un'indennità annuale di importo pari a quello del trattamento minimo delle pensioni a carico del fondo pensioni lavoratori dipendenti”.

Va tenuto presente che la Talassemia intermedia, anche in assenza di trattamento trasfusionale o con idrossiurea, presenta, a volte, una gravità non inferiore alla talassemia major e alla drepanocitosi, anche perché in molti casi le trasfusioni, che porterebbero un significativo giovamento ai pazienti affetti da Talassemia intermedia, non possono essere somministrate proprio per le gravi complicanze causate dalla particolare situazione genetica di questa malattia.

Come è noto la Talassemia intermedia comporta una spiccata eritropoiesi inefficace ed una quota emolitica che nel corso degli anni possono essere responsabili di severe complicanze, con particolare riferimento alla trombosi portale, ipertensione portale e varici esofagee e severa osteoporosi che è la

conseguenza di una anemia cronica con eritropoiesi inefficace in quanto non potuta tenere sotto controllo dalla terapia trasfusionale.

Al pari della *Thalassemia Major*, questi soggetti debbono comunque sottoporsi agli stessi trattamenti (terapia chelante per molte ore al giorno per limitare l'accumulo di ferro causato dalle crisi emolitiche, assumere farmaci antiaggreganti ed epatoprotettori e sottoporsi ad appropriata terapia per la severa osteoporosi causata - in particolar modo - dalla *Thalassemia intermedia*).

Alla luce di quanto sopra esposto si propone la soppressione della limitazione normativa "*in trattamento trasfusionale o con idrossiurea*" per garantire l'indennità anche ai lavoratori con *thalassemia intermedia* in forma grave che per motivi clinici non possono effettuare le trasfusioni. Oltretutto, trattandosi, di pochi casi non dovrebbe essere difficile reperire un modico fondo, magari in occasione della prossima legge finanziaria, con un insignificante aggravio di spesa per lo Stato. La limitatezza del numero è dovuta anche alla circostanza che la maggioranza dei soggetti affetti da tale patologia non presta attività lavorativa.

11. ATTIVITÀ DELL'UFFICIO DEL DIFENSORE CIVICO

In questo capitolo si riportano i dati statistici tratti dalla relazione 2006 presentata al Consiglio Regionale della Toscana ed al Parlamento Nazionale

Le pratiche aperte dal 1992 al 31/12/2006

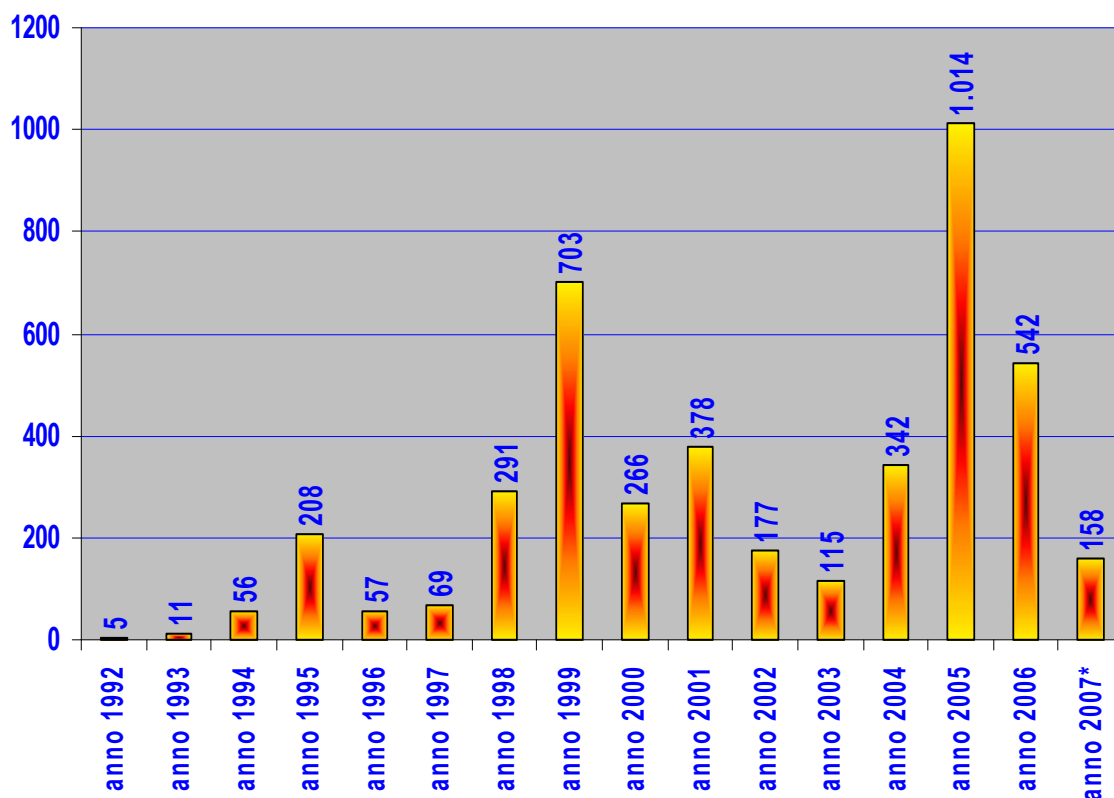
Le tabelle ed i grafici che seguono descrivono l'andamento globale delle istanze presentate all'ufficio dal 1992 al 2006.

Il grafico che segue mostra l'andamento delle istanze anno per anno per un totale di 4212 istanze, dato che risente del dibattito sorto nel tempo intorno alla legge 210/92 e ai momenti in cui il Difensore civico ha reso nota, tramite la stampa, la propria azione di assistenza ai soggetti danneggiati ed intrapreso iniziative di carattere generale

E' opportuno ricordare che i casi di contagio risalgono prevalentemente agli anni '70 ed '80 e che l'andamento delle istanze all'ufficio come emergenti dal grafico di seguito riprodotto non si riferiscono ad infezioni contratte negli anni in cui è pervenuta al Difensore civico l'istanza, ma a periodi precedenti.

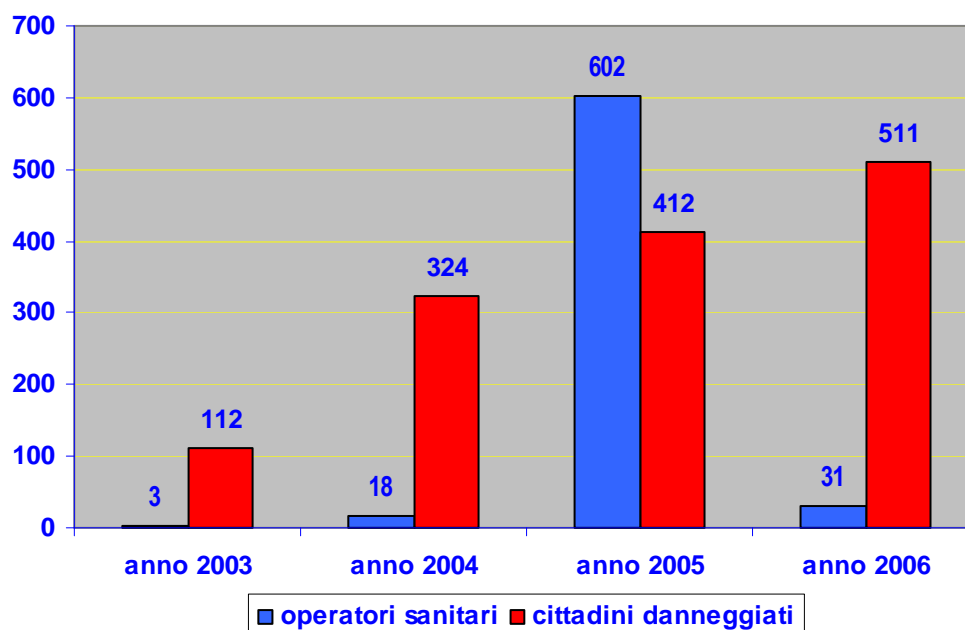
In questo grafico ed in quelli riguardanti le statistiche relative alle pratiche contenute la domanda presentata oltre i termini di legge è stato aggiunto il dato

Casi trattati dal 1992 al 15/03/2007 totale 4392 pratiche



relativo all'anno in corso (al 15/3/2007)

Andamento delle istanze dal 2003 al 2006 incidenza della richiesta degli operatori sanitari

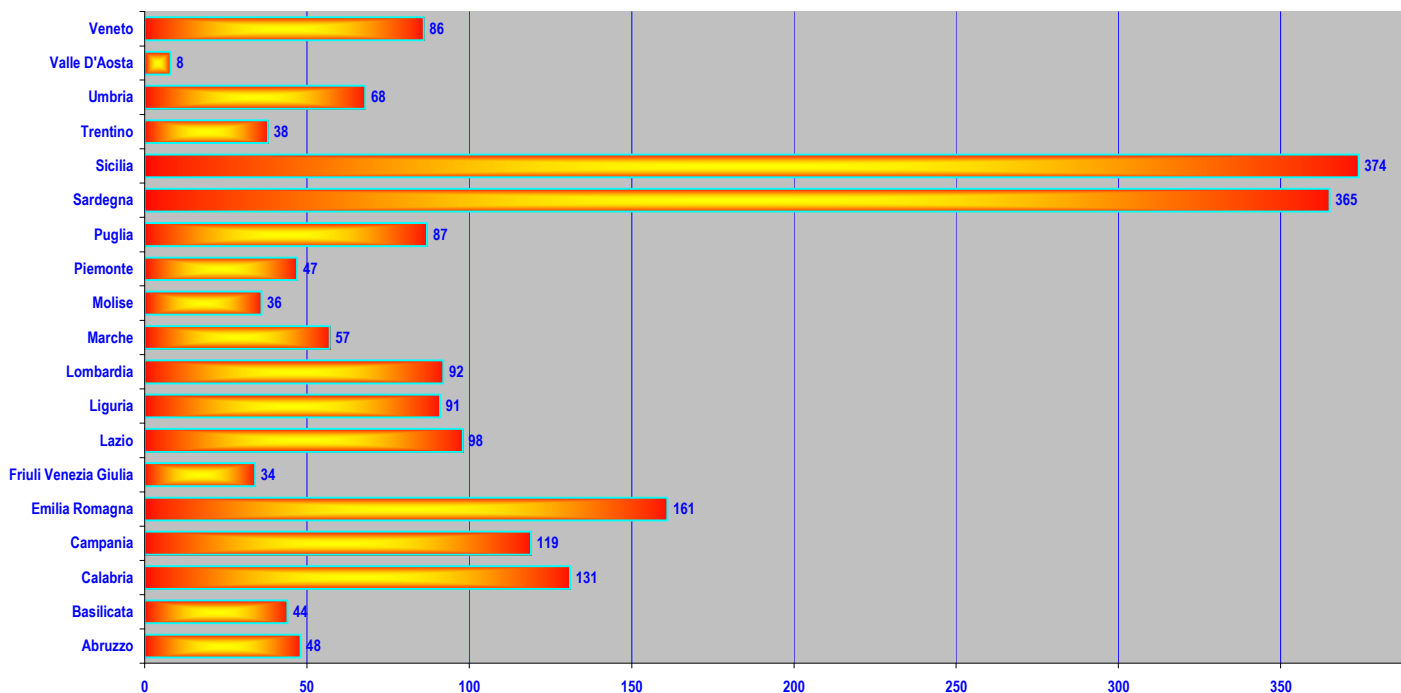


Il grafico sopra evidenzia chiaramente come la domanda negli anni 2003 – 2006 abbia risentito della richiesta degli operatori sanitari e come, depurato dal dato della richiesta degli operatori sanitari, le istanze siano in realtà cresciute (domande di assistenza degli operatori sanitari: da 602 casi nel 2005 a 31 casi nel 2006). La domanda dei cittadini danneggiati è aumentata nel 2006 (412 nel 2005 e 511 nel 2006), abbiamo quindi addirittura un incremento del 19,37% nel corso del 2006, se depuriamo il dato dalle istanze degli operatori sanitari, frutto della capillare attività informativa dell'ufficio, proseguita anche nel corso del 2006. Se confrontiamo il dato con il 2004 (342 pratiche in totale), l'aumento è addirittura del 49,42% sul dato assoluto e del 63,41% se depuriamo il dato dalle 18 richieste degli operatori sanitari.

Il grafico successivo mostra l'assistenza fuori regione e evidenzia con chiarezza come il Difensore civico sia divenuto punto di riferimento a livello nazionale. Da ricordare come in Sicilia, in Calabria, in Puglia, in Umbria ed in Molise, manchi del tutto un Difensore civico regionale.

La distribuzione delle istanze per regione è dovuta anche alla circostanza che in alcune regioni le patologie genetiche della popolazione (emofilie, microcitemie e talassemie) hanno reso necessario più che in altre il sistematico ricorso alle trasfusioni come cura per tali patologie.

Assistenza prestata a soggetti fuori Toscana: totale 1944casi (dal 1992 al 31/12/2006)



La tabella sottostante evidenzia la distribuzione per ASL delle istanze ricevute in Toscana, rispetto alla quale è opportuno ricordare due cose:

Pratiche in Toscana per ASL che svolge l'istruttoria dal 1992 al 30/12/2006	
Azienda Sanitaria	numero pratiche
Azienda Sanitaria di Arezzo	221
Azienda Sanitaria di Empoli	92
Azienda Sanitaria di Firenze	939
Azienda Sanitaria di Grosseto	88
Azienda Sanitaria di Livorno	95
Azienda Sanitaria di Lucca	124
Azienda Sanitaria di Massa e Carrara	83
Azienda Sanitaria di Pisa	164
Azienda Sanitaria di Pistoia	146
Azienda Sanitaria di Prato	126
Azienda Sanitaria di Siena	139
Azienda Sanitaria Versilia	33
Totale Regione TOSCANA	2250

1. l'Azienda Sanitaria alla quale viene presentata la domanda è quella di residenza al momento della presa coscienza del danno e non necessariamente quella ove è stata contratta l'infezione a causa dei fenomeni migratori.
2. proprio le Aziende che, tramite i propri referenti ex legge 210/92, hanno dato maggiore attenzione a questi cittadini sono quelle che hanno ricevuto più istanze rispetto ad altre.

Venendo alla distribuzione delle istanze per tipologia di soggetto che si è rivolto all'ufficio, dalla tabella emergono alcuni dati che è opportuno sottolineare:

1. Il Difensore civico regionale della Toscana è un punto di riferimento qualificato a livello nazionale cui si rivolgono anche studi legali e Consulenti Tecnici di parte, Patronati.
2. Il ruolo delle Associazioni di malati e delle Associazioni di tutela è strategico nel far pervenire le istanze al Difensore civico (spesso anche quando i cittadini si rivolgono direttamente al Difensore civico su questa materia, lo sono venuti a sapere grazie a queste associazioni)

Istanze distribuite per tipologia del soggetto assistito al 31/12/2006: totale 4234	
Tipologia	numero istanze
Cittadini danneggiati	3455
Familiari di persone decedute	171
Familiari di minori	86
Associazioni di malati (talassemici, emofilici, emodializzati, microcitemici)	94
Associazioni di tutela in ambito sanitario	89
Associazioni di patronato	54
Associazioni di consumatori utenti	18
Ordini Collegi, Associazioni Professionali Sanitarie e OO.SS. in Sanità	76
Studi legali	109
Consulenti Medico Legali di parte	11
Difensori civici regionali e locali	71
Totale	4.234

3. Si comincia a riscontrare un numero significativo di familiari di malati deceduti e questo deve farci riflettere sulla gravità delle patologie.

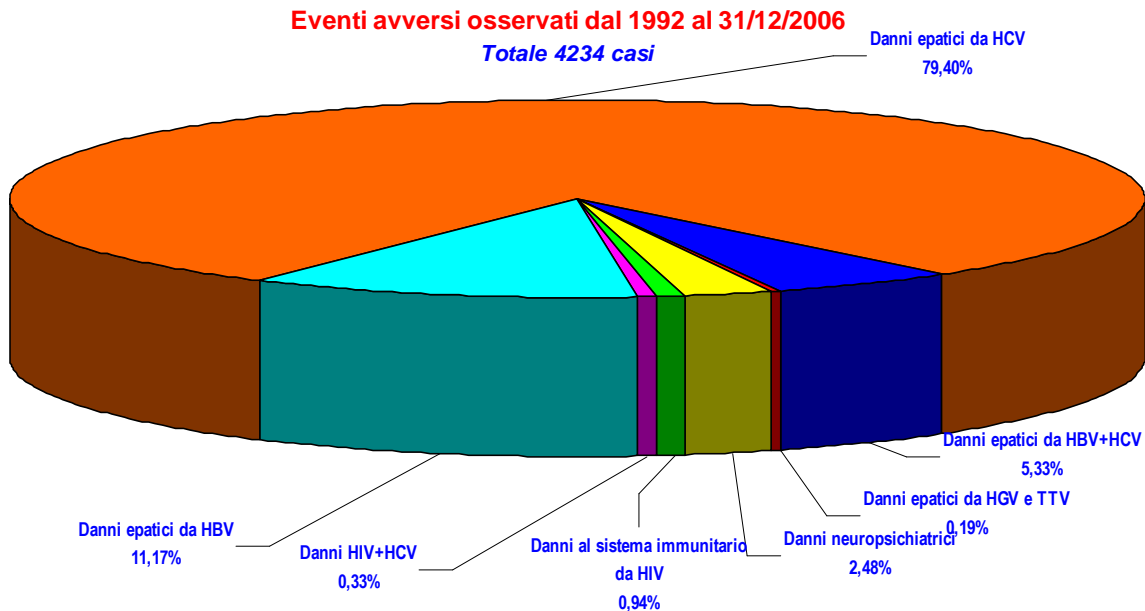
Istanze aperte per causa del danno dal 1992 al 31/12/2006: totale 4234	
Causa del danno	n. istanze
Danni da vaccinazioni	105
Danni da contagio coniuge	83
Danni da contagio madre in gravidanza	31
Danni da trasfusioni sangue e suoi derivati	3.361
Danni causati a operatori sanitari	654
Totale	4.234

La tabella sopra illustra le pratiche per causa del danno. Emerge che la maggior parte delle cause è il contagio da trasfusione, si evidenzia anche l'aumento dovuto delle istanze provenienti dagli operatori sanitari, che, come illustrava il grafico specifico, ha avuto un vero e proprio picco nel 2005.

Come si evince la causa presunta del danno nella maggior parte dei casi è dovuta ad emotrasfusione. Una segnalazione a parte merita il dato circa i danni causati ad operatori sanitari, rispetto ai quali la L.210/92 originariamente ammetteva la possibilità dell'indennizzo solo se il contagio era da HIV (AIDS); come ricordato nella Relazione 2002 la pronuncia della Corte Costituzionale 476/2002 (che risale al novembre del 2002), ha riconosciuto il diritto di adire alle procedure di indennizzo previste dalla L.210/92 e successive modifiche, anche per gli operatori che hanno contratto epatiti virali.

Per quanto attiene gli eventi avversi osservati, il grafico che segue evidenzia che la maggior parte delle istanze pervenute al Difensore civico è relativa ad ipotesi di contagio da epatiti di tipo C (HCV)¹ e di tipo B (HBV).

Come evidenzia il grafico recentemente si registrano, se pur in misura molto ridotta, richieste di assistenza per forme di epatite il cui virus è stato scoperto solo recentemente (HGV e TTV).



La tabella sintetizza i casi di ricorso. Il Difensore civico non ha sempre il dato circa l'esito del ricorso amministrativo presentato dall'utente, ma in moltissimi casi è stata fornita al Difensore civico comunicazione che il ricorso amministrativo ha dato esito positivo.

Da evidenziare che, dall' audizione del Ministro per la Salute alla XII Commissione della Camera emerge che il dato relativo ai ricorsi proposti contro il giudizio delle Commissioni Medico Ospedaliere si aggira in media sui tremila l'anno. I casi evidenziati dalla tabella che segue si sono probabilmente risolti in via amministrativa, ma resta elevato il dato del contenzioso, come abbiamo visto in relazione.

Il quadro delle problematiche riscontrate in sede di ricorso evidenzia altri aspetti per cui vi è l'esigenza di una riforma complessiva della normativa.

¹ Va ricordato che i test per l'HCV, meglio nota come Epatite "C", sono stati introdotti in commercio solo nel 1989 e perfezionati negli anni successivi, molto più tardi rispetto a quelli per l'epatite B e solo recentemente sono stati introdotti test ematici più avanzati, tesi a ridurre il cd. "effetto finestra" rispetto a quei donatori che hanno contratto la malattia ma non ancora conclamata che rischiano quindi di risultare negativi ai test.

Fattispecie esaminate nei 558 ricorsi amministrativi predisposti dall'ufficio
(dato al 31 dicembre 2006)

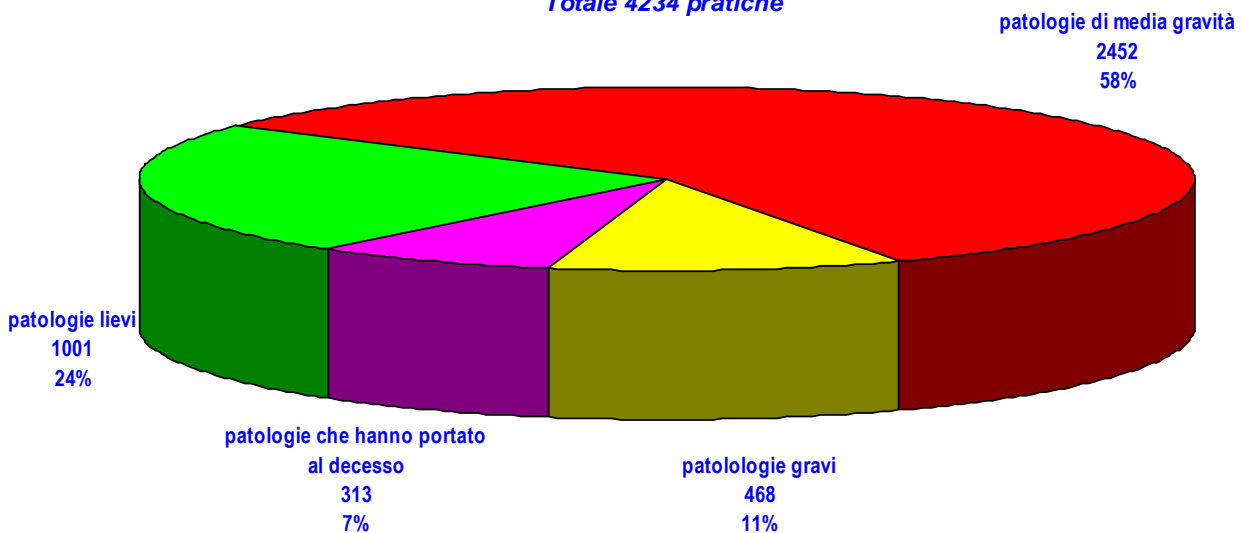
"assenza di alterazioni bioumorali in atto"	158
"domanda non presentata nei termini di legge"	234
"non esiste nesso causale fra l'infezione e l'infermità", spesso per "mancanza di documentazione comprovante la continuità temporale della patologia epatica"	116
"non esiste nesso causale tra l'infezione ed il contagio da sangue proveniente da soggetti affetti da epatite virale (operatori sanitari)"	36
"non esiste nesso causale tra l'infezione post-trasfusionale e il decesso"	37
"negatività sierologica dei donatori ai parametri virologici previsti per legge"	69
sicurezza immunoglobuline endovena/intramuscolo	32
"assenza di documentazione attestante la prova della somministrazione di sangue od emoderivati", nonostante la presenza in cartella clinica di:	19
etichette adesive sacche sangue	4
unità sangue intero	2
emocomponenti (globuli rossi, piastrine, plasma)	4
plasmaderivati	1
"alterazione delle transaminasi sieriche preesistente alle trasfusioni"	5
notifiche non riferite all'interessato	2
Istanza di riesame per vizi del procedimento nella fase istruttoria tecnica e/o amministrativa	21
notifiche prive del processo verbale e della specifica motivazione del diniego	49
Totale fattispecie²	778

Non va infine dimenticato l'aspetto relativo alla gravità dei danni subiti, la "gravità" della patologia della quale sono portatori i soggetti danneggiati. Si tratta di un dato necessariamente "dinamico" poiché, purtroppo, nella maggioranza dei casi la patologia è destinata ad aggravarsi.

Il grafico evidenzia come sia significativo il dato relativo ai soggetti deceduti (totale 313, pari all' **7%** del totale delle pratiche), ed è estremamente significativo ed importante rilevare che la maggior parte delle istanze (pari al **58%**) è relativa a casi che nell'arco di pochi anni sono, purtroppo, destinati ad un, possibile, aggravamento andando ad aggiungersi a coloro che già oggi sono già portatori di gravi patologie (468 casi pari al **11%**).

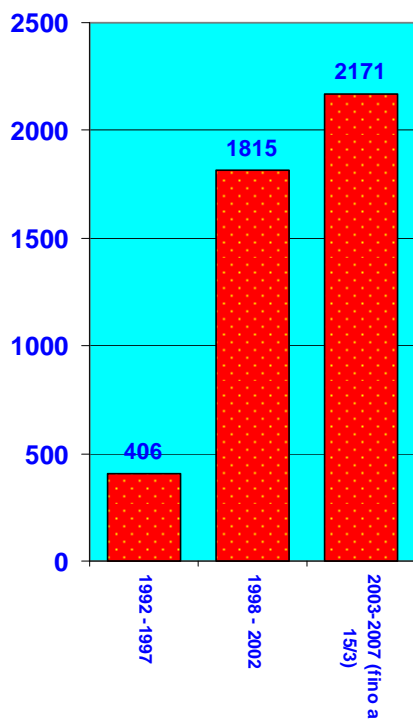
Gravità dei danni subiti nelle aperte dal 1992 al 31/12/2006

Totale 4234 pratiche



² N.B. il dato non coincide con il totale dei ricorsi per la presenza di ricorsi a fattispecie multipla

Casi trattati dal 1992 al 15/03/2007 raggruppati per quinquennio
Totale 4392 pratiche



Una analisi particolare è presentata quest'anno in relazione alle 2.171 pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007. Come mostra il grafico sotto si tratta del numero più significativo di casi trattati esaminando i quinquenni dal 1992 ad oggi

Delle 2171 pratiche è stato possibile rilevare alcuni dati relativi ad età, sesso, distanza di anni fra il momento in cui si è verificato il contagio ed il momento in cui è stato richiesto il beneficio ed infine, nei casi in cui è sopravvenuto purtroppo il decesso, la distanza fra la data del decesso e il contagio. Il dato è rilevabile in 2095 pratiche³.

La tabella che segue, mostra gli anni in cui maggiormente si è verificato il contagio ed emerge, in linea con i dati riportati dalla specifica letteratura, come la maggioranza dei danni correlati a trasfusione di sangue e somministrazione di emoderivati si sono verificati negli anni '70/'80. Le infezioni verificatesi prima del 1970 risentono anche della lentezza con la quale il legislatore diede attuazione (con DPR n. 1256/71) alla pur tardiva emanata il 14/07/1967 recante "disposizioni in materia di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano", e conseguente introduzione della sistematica ricerca dell'antigene Australia (epatite di tipo B) nel sangue donato. Si ricorda ancora che con Decreto Ministeriale 21/7/1990 veniva stabilito l'obbligo di ricercare gli anticorpi dell'epatite di tipo C su tutte le unità di sangue utilizzate per le trasfusioni.

Il dato è confermato anche dalla rappresentazione grafica che segue, dalla quale si evidenzia con chiarezza (anche dalla linea di tendenza) il picco nel periodo che va dal 1975 al 1990 e gli effetti di drastica riduzione che le disposizioni

ministeriali producono, sia a livello nazionale che regionale,

In proposito occorre ricordare che la Regione Toscana, sulla spinta anche dell'Ufficio del Difensore civico che è intervenuto più volte sulla necessità di aumentare i livelli di sicurezza delle trasfusioni, facendo da battistrada alla normativa nazionale e a quella di altre Regioni, ha adottato da tempo metodiche di controllo sui donatori con screening di ultima generazione per ridurre al minimo i rischi derivanti dalla c.d. *fase finestra*

(periodo che precede la comparsa degli anticorpi del virus caratterizzata da *silenzio clinico e sierologico*).

- Dal 1° gennaio 2001 ha autorizzato i propri Centri Trasfusionali ad utilizzare una metodica fondata sulla ricerca dell'antigene dell'epatite C, test che permetteva la evidenziazione di infezioni precoci da HCV rispetto a quello che ricercava il solo anticorpo del virus.

- Dal 25 giugno 2002 ha reso obbligatori su tutti gli emocomponenti donati i test di ricerca di costituenti virali HCV e HIV mediante tecnica di amplificazione del genoma del virus con metodologia NAT (*Nucleic Acid Amplification Testing*) abbassando, così i rischi connessi alla c.d. *fase finestra*, rispettivamente, da circa 70 giorni a circa 12 giorni circa e da circa 22 giorni a circa 11 giorni, con significativa riduzione di infezioni causate da eventi trasfusionali sia per l'epatite di tipo C che per l'AIDS.

Casi suddivisi secondo l'anno in cui si è verificato il danno

Pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007.
Totale 2171

Dato rilevabile su 2095 casi

Anno del contagio	casi
Fino al 1960	68
1960-1965	97
1965-1970	121
1970-1975	288
1975-1980	393
1980-1985	451
1985-1990	519
1990-1995	99
1995-2000	38
dopo il 2000	21
Totale	2095

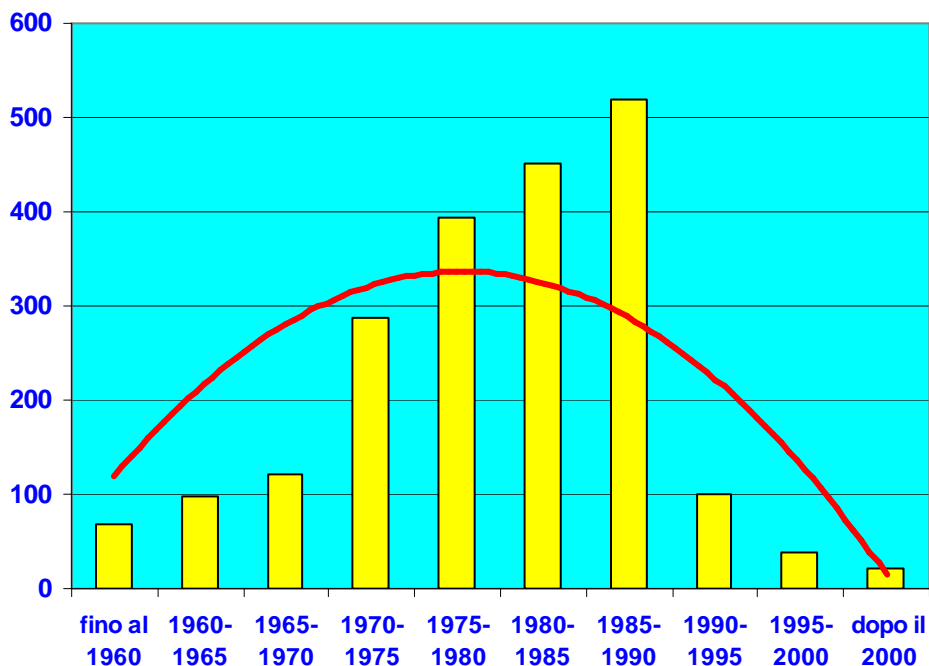
³

Nei casi in cui l'assistenza del Difensore civico si è limitata ad aiutare legali o associazioni a redigere un ricorso e/o alla consulenza su questioni di diritto senza esaminare la documentazione clinica dell'interessato, il dato non era desumibile.

Casi suddivisi secondo l'anno in cui si è verificato il danno

Pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007, totale 2171

Dato rilevabile su 2095 casi



- Dal 1° gennaio 2005 ha reso obbligatori i test HBV -DNA, sempre con metodologia NAT, su tutti gli emocomponenti donati (anche in questo caso la fase finestra della epatite di tipo B è stata abbattuta da circa 60 giorni a circa 30 giorni).
- Dal 2003 la Toscana ha informatizzato l'intero sistema trasfusionale, consentendo al CRCC (Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per l'attività trasfusionale), ai Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e alle Associazioni di volontariato (limitatamente ai propri soci) di gestire e controllare tutte le fasi del percorso trasfusionale, dal donatore al ricevente, compresi i referti degli esami ematochimici, con positive ricadute sia sul versante dell'auspicata autosufficienza del sangue e suoi derivati che su quello della sicurezza della pratica trasfusionale. Comunque, indipendente dall'esperienza pilota dalla Regione Toscana, l'autosufficienza del sangue e dei suoi derivati costituisce un obiettivo nazionale finalizzato a garantire a tutti i cittadini uguali condizioni di qualità e sicurezza della terapia trasfusionale.

La tabella che segue (dove abbiamo evidenziato in rosso i picchi di domanda) mostra la data in cui gli utenti sono venuti a conoscenza della legge o hanno presentato la domanda e dimostra come la legge, varata nel 1992 sulla spinta emotiva degli "scandali del sangue infetto" scoppiati in quel periodo, fatti emergere anche da alcune sentenze che condannarono il Ministero della Sanità a pagare cifre, all'epoca miliardarie, per condotta omissiva e negligente sui compiti ad esso affidati dalla legge in materia di raccolta, conservazione ed utilizzo del sangue e suoi derivati, non avere svolto i compiti di vigilanza e controllo ed asso demandati dalle leggi sul sangue (e suoi derivati) trasfuso e sui vaccini somministrati, non è riuscita ad attuare lo spirito originario che era quello di assegnare, senza ricorrere al Giudice, un equo indennizzo a tutti coloro che nel passato erano stati danneggiati da pratiche vaccinali ed emotrasfusionali e dettare chiare norme per i pochi casi che si sarebbero potuti verificare nel futuro.

Casi suddivisi secondo l'anno in cui è stata presentata la domanda per la richiesta dei benefici previsti dalla L.210/92
Pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007, totale 2171
Dato rilevabile su 2095 casi

1992	48
1993	72
1994	97
1995	166⁴
1996	59
1997	32
1998	68
1999	77
2000	80
2001	81
2002	85
2003	83
2004	161
2005	818⁵
2006	136
2007	32
Totale	2095

Ed anche le numerose modifiche apportate a questo impianto risarcitorio di natura amministrativa, sempre emanate sulla spinta della giurisprudenza, hanno facilitato l'aprirsi di ampi spazi sia per la giustizia di merito che di legittimità, con il conseguente proliferare di un contenzioso oggi non più sostenibile per lo Stato. Situazione questa recentemente riconosciuta anche dal Ministro della salute On Livia Turco in occasione dell'audizione tenuta il 23/1/2007 alla Commissione Affari Sociali della Camera ("esigenza di regolamentare alcune situazioni sulle quali nel corso degli anni è stato registrato un intervento giurisprudenziale particolarmente significativo, tale da modificare sostanzialmente la disciplina rispetto all'originaria interpretazione data alla norma").

La tabella ben evidenzia come cittadini che hanno presentato la domanda nei primi anni '90 abbiano ancora la necessità di essere assistiti da questo Ufficio

Il grafico che segue mette in evidenza anche la scarsa pubblicizzazione data alla legge 210/92 da parte degli assessorati alla sanità delle Regioni e delle Aziende Sanitarie così come espressamente previsto dalla legge n. 238/97.

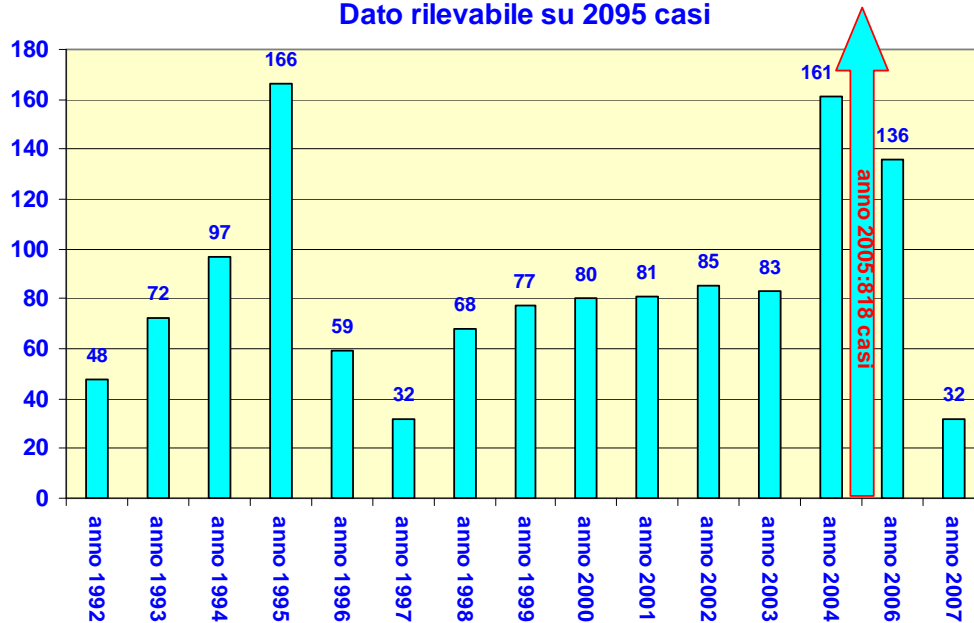
Nei primi 3 anni di vigenza della legge n. 210 del 1992 la maggioranza delle domande sono state presentate da cittadini danneggiati organizzati in associazioni (talassemici, emofilici ecc.), mentre la prevalenza dei trasfusi occasionali per evento acuto, non essendo a conoscenza della legge perché non adeguatamente pubblicizzata, hanno presentato la domanda negli anni successivi e molti di questi, purtroppo, solo quando i termini erano ormai scaduti.

⁴ Il picco del 1995 è dovuto alla scadenza dei termini triennali originariamente prevista dalla legge n. 210 del 1992

⁵ Il picco del 2005 è dovuto alla scadenza dei termini triennali previsti dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 476 del 2002 per gli operatori sanitari

Pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007, totale 2171.

Dato rilevabile su 2095 casi



Abbiamo inserito anche il dato riferito alle pratiche aperte nei primi due mesi e mezzo del 2007 in quanto dimostrano che questo trend non accenna a diminuire. Infatti su 158 fascicoli aperti ben 32 riguardano nuove domande redatte "fuori termini".

Si ricorda che l'ultima fissazione del termine triennale per la presentazione della domanda so è avuto con il DL n. 344/76, convertito con legge n. 641/96 e meglio precisato con Legge 238/97.

Come si può notare dal grafico avanti riportato sono molti i cittadini che si sono rivolti all'Ufficio dopo quest'ultima scadenza (3/7/1999) con la conseguenza che abbiamo in corso molte domande di cittadini ai quali sarebbe dovuto l'indennizzo, ma che, presumibilmente, non lo percepiranno perché hanno presentato la domanda dopo tre anni dall'avvenuta conoscenza del danno ricevuto.

Fasce d'età e sesso alla data dell'infezione nelle pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007
Totale 2171 pratiche
Dato rilevabile su 2095 pratiche

età	M	F	totale
anni 0-10	82	76	158
anni 10-20	64	73	137
anni 20-30	156	208	364
anni 30-40	372	413	785
anni 40-50	164	179	343
anni 50-60	97	93	190
oltre 60	61	57	118
Totale	996	1099	2095

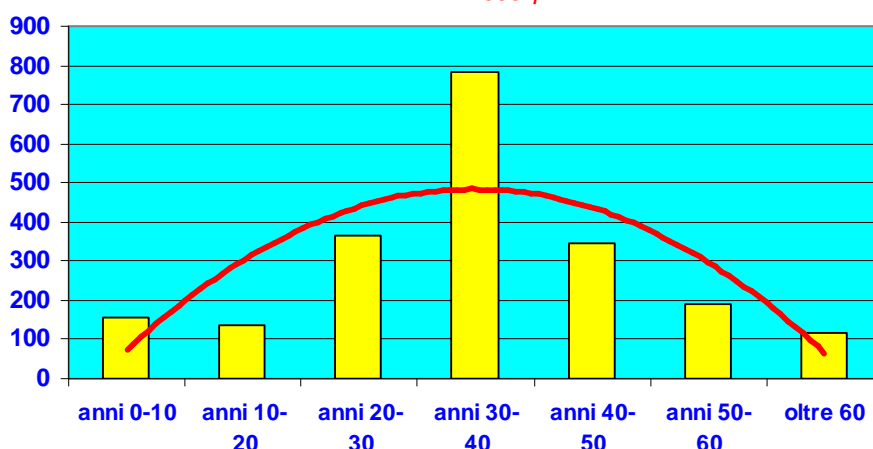
La necessità di abolire i termini (o quantomeno di riaprirli) per la presentazione delle domande, come prevede la proposta di legge n. 1523 che alcuni parlamentari toscani, sollecitati dal Difensore civico, hanno presentato alla Camera nel 2006, diventa per il Parlamento un atto moralmente dovuto per questi sfortunati cittadini. Alle stesse conclusioni è pervenuto anche il Governo (audizione del 23/01/2007 presso la XII Commissione affari Sociali della Camera, del Ministro alla Salute On. Livia Turco e comunicato del 20/02/2007 a firma del Sottosegretario al Ministero della Salute On Antonio Gaglione).

Per quanto attiene l'età in cui si è verificato il danno, la tabella avanti riportata evidenzia questo dato, con uno scarto notevole fra uomo e donna nella fascia d'età da 20 a 40 anni, dato dovuto sia all'ospedalizzazione delle donne per la gravidanza, sia alla circostanza che in linea con la letteratura scientifica, si registra una prevalenza di donne infettate, in quanto queste risultano essere biologicamente più esposte al contagio virale. E' significativo il dato dei cittadini infettati nei primi anni di vita. Ai contagiati dalla madre in gravidanza e ai danneggiati da vaccinazioni occorre, purtroppo, aggiungere un rilevante numero di persone affette da malattie ematiche genetiche che

Fasce d'età alla data dell'infezione nei casi pervenuti all'ufficio dal 2003 al 15/03/2007

Totale pratiche 2171

Dato rilevabile da 2095 pratiche



hanno avuto la necessità di essere trattati con trasfusioni o somministrazioni di emoderivati (talassemici, emofilici ecc) fin dai primi mesi di vita.

Per la valutazione del periodo in cui presumibilmente si è verificato il contagio sono stati seguiti i seguenti criteri:

Per i trasfusi fin dai primi mesi di età, essendo costantemente seguiti da centri specializzati, abbiamo preso in esame i primi segni di sofferenza epatica, ovvero la positività dell'antigene Australia (test per la rilevazione dell'epatite di tipo B già in commercio dalla seconda metà degli anni '60); in assenza di questi parametri sono stati convenzionalmente inseriti nella fascia 0-10 anni.

Per le persone contagiate da coniuge abbiamo preso in considerazione le prime significative alterazioni delle funzionalità epatiche ed in assenza di queste sono stati inseriti nella decade in cui il coniuge ha effettuato la terapia emotrasfusionale, anche perché le probabilità di contagio risultano maggiori nella fase acuta della malattia.

Per gli operatori sanitari il momento infettante è stato individuato nella data degli incidenti subiti denunciati All'INAIL; in assenza di questo elemento è stata presa in considerazione la prima positività dell'epatite B, le alterazioni degli esami ematochimici e strumentali riferiti all'organo epatico, ovvero ricondotto in maniera presuntiva al periodo ove gli stessi hanno effettuato il servizio in reparti potenzialmente più esposti a rischio di contagio.

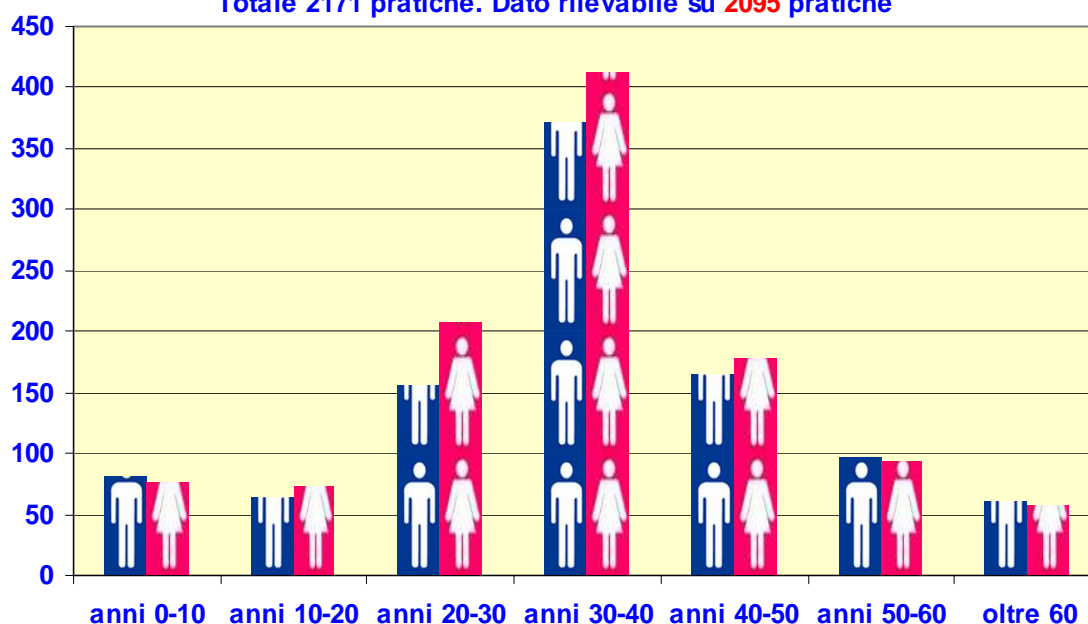
Età del decesso nelle pratiche esaminate dal 2003 al 15/03/2007
Pratiche esaminate 2171. Dati rilevabili su 2095 pratiche
Totale persone decedute 274

età	casi
Inferiore a 10	2
da 10 a 15	6
da 15 a 20	9
da 20 a 25	12
da 25 a 30	15
da 30 a 35	14
da 35 a 40	19
da 40 a 45	23
da 45 a 50	24
da 50 a 55	29
da 55 a 60	41
oltre 60	80
Totale	274

In linea con la letteratura scientifica, il grafico della pagina seguente e la tabella avanti riportata dimostrano che si registra una prevalenza di donne infettate, in quanto queste risultano essere biologicamente più esposte al contagio virale. La specifica letteratura ci dice ancora che il sesso maschile è associato ad una peggiore evoluzione dell'infezione.

Fasce d'età e sesso alla data dell'infezione nelle pratiche aperte dal 2003 al 15/03/2007

Totale 2171 pratiche. Dato rilevabile su 2095 pratiche



Procediamo con l'esame delle n.274 domande per la richiesta dell'*una tantum* presentate dagli eredi dall'1/1/2003 al 31/03/2007 che rappresentano il 7,65 del totale delle pratiche prese in esame, evidenziano come nonostante gli innegabili progressi della scienza medica che hanno consentito negli ultimi anni di prolungare l'aspettativa di vita, purtroppo, di HIV e di epatiti virali si muoia ancora.

Distanza dal decesso all'infezione nelle pratiche esaminate dal 2003 al 15/03/2007

Pratiche esaminate 2171. Dati rilevabili su 2095 pratiche

Totale persone decedute 274

distanza dall'infezione	casi
inf. a 10	3
15 - 10	6
15-20	13
20-25	17
25-30	20
30-35	39
35-40	63
40-45	48
45-50	28
50-55	19
55-60	13
oltre 60	5
Totale	274

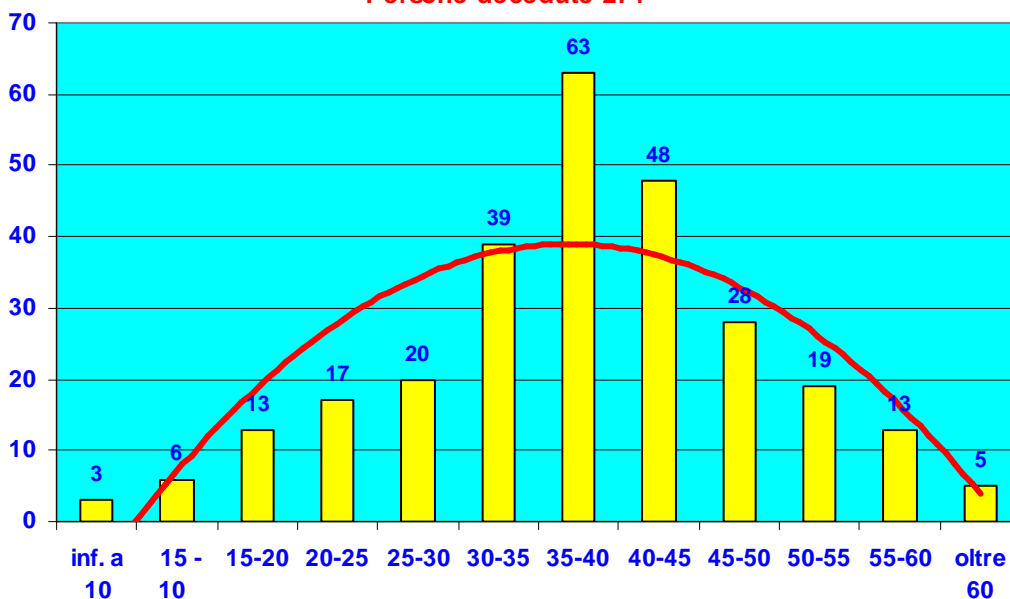
Per quanto attiene la prima delle tabelle sopra, non sarebbe molto significativa una rappresentazione grafica, dal momento che l'età del decesso è correlata all'andamento della vita, anche se non dobbiamo dimenticare che purtroppo laddove c'è una richiesta di indennizzo *una tantum*, il decesso purtroppo è legato ad una patologia correlata all'infezione. Infatti, i gli studi dimostrano che l'epatite cronica è una patologia molto diffusa nella popolazione italiana, con tassi di morbilità e mortalità particolarmente elevati. Il decoroso della malattia è variabile da paziente a

paziente fino a patologie gravi quali la cirrosi e l'epatocarcinoma, malattia invalidante, spesso ingravescente (nei casi affetti da epatite C il virus con il passar del tempo, oltre al fegato, colpisce anche altri organi) che peggiora la qualità della vita di chi ne è affetto e, potenzialmente, ne riduce anche l'aspettativa della stessa.

È doveroso anche ricordare che l'essere affetti da una di queste patologie resta ancor oggi un elemento di emarginazione che crea non poche difficoltà nei rapporti interpersonali. Oltre l'aspetto medico, infatti, non va sottovalutato quello psicologico (la depressione associata alla malattia, la paura di infettare chi sta vicino ecc).

Il grafico che segue e la tabella sopra mettono infine in evidenza che la maggioranza dei decessi correlati al danno ricevuto si registrano fra i 30 ed i 50 anni dal contagio. Occorre anche rilevare che le pratiche inerenti questi casi sono in continuo aumento. Infatti al 1° gennaio 2003 avevamo aperto n. 42 pratiche, mentre al 15/03/2007 risultano ben 316 (la somma delle 42 e delle 274 qui esaminate).

**Anni di distanza dal decesso all'infezione nelle pratiche
esaminate dal 2003 al 15/03/2007**
Totale pratiche esaminate 2171. Dati rilevabili su 2095 pratiche.
Persone decedute 274



Nella relazione di quest'anno abbiamo, in linea con le proposte di modifica alle legge 210 da tempo avanzate da questo Ufficio ed in particolare la riapertura dei termini per la presentazione della domanda, con la tabella che segue, abbiamo ritenuto opportuno evidenziare non solo l'elevato numero dei cittadini interessati ma anche la circostanza che questo grave problema investe tutte le categorie tutelate dalla legge 210/92.

Domande presentate "oltre i termini di legge" al 15 febbraio 2007 <i>totale n. 484</i>	
Infezione da epatite virale contratta a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati - trasfusi per evento acuto (interventi chirurgici, malattie ematiche non congenite, emodializzati ecc.)¹	406
Infezione da epatite virale contratta a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati - politrasfusi per malattie ematiche congenite (emofilici, talassemici ecc.)¹	3
Infezione da HIV contratta a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati - trasfusi per evento acuto (interventi chirurgici, malattie ematiche non congenite, emodializzati ecc.)²	2
Infezione da HIV contratta a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati - politrasfusi per malattie ematiche congenite (emofilici, talassemici ecc.)²	1
Infezione da epatite virale contratta da operatori sanitari durante il servizio a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale³	29
Infezione da HIV contratta da operatori sanitari durante il servizio a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da HIV²	1
Danni da vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge⁴	14
Danni da vaccinazioni antipoliomelittica non obbligatorie effettuate nel periodo di vigenza della legge 30.07.1959, n.695⁵	8
Assegno "una tantum" di € 77.468, 53 agli eredi di familiare deceduto a seguito di patologia causata da vaccinazioni, trasfusioni o somministrazioni di emoderivati⁶	5
Danni correlati a contagio da coniuge che ha già ricevuto il beneficio, per aver presentato il referto di primo accertamento di positività del coniuge effettuato oltre tre anni prima la data della domanda	2
Danni correlati a contagio da coniuge che non ha ricevuto il beneficio a causa della domanda presentata oltre i termini dal coniuge	7
Danni correlati a contagio da madre durante la gestazione che ha già ricevuto il beneficio, per aver presentato il referto di primo accertamento di positività del figlio effettuato oltre tre anni prima la data della domanda	1
Danni correlati a contagio da madre durante la gestazione che non ha ricevuto il beneficio a causa della domanda presentata fuori termini dalla madre	5

¹ ".....termine perentorio di tre anni dal momento in cui l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno" (art. 3 L.210/92). Per coloro che alla data di entrata in vigore della legge avessero già subito la menomazione (secondo la erronea interpretazione data dal Ministero della sanità con circolare interpretativa n.500.VIII/AG.3/6274 bis del 10/04/1992, alla norma prima della sentenza della Corte di Cassazione n. 6130/2002 promossa da un tribunale toscano) i termini di tre anni decorrono dalla data di entrata in vigore della legge stessa (21 marzo 1992). Molte CMO hanno continuato ad ignorare che per le epatiti post-trasfusionali il termine decadenziale è stato introdotto con d.l. n. 344/1996 i cui effetti sono stati espressamente fatti salvi dall'art. 1 della legge n. 641/1996 e cioè dal 3 luglio 1996 (termini scaduti il **3 luglio 1999**), disconoscendo tale ipotesi anche a seguito di recenti richieste di riesame della pratica. In proposito occorre ricordare che "ai fini dell'individuazione di tale momento, occorre precisare che non qualsiasi conoscenza è atta a far decorrer il termine, ma solo la conoscenza qualificata della consapevolezza degli effetti dannosi, correlabili agli eventi di cui alla legge in argomento, intanto possibile in quanto il processo morbosi si conclamato nella sua entità nosologica e stabilizzato in precisi esiti" (direttiva tecnica emanata dai Ministeri della Difesa e Sanità il 28/12/1992 e divulgata anche con nota n. DPS/XV/L210/AG3/20637 del 11/003 1998). Trattasi di un principio raramente applicato nei giudizi medico legali espressi dalle CMO, mentre, negli ultimi tempi, abbiamo potuto

apprezzare interessanti aperture da parte dell'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute in sede di esame dei ricorsi amministrativi.

- 2 “....termine perentorio di 10 anni dal momento in cui l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno” (art. 3 comma 1 L.210/92). Per coloro che, alla data di entrata in vigore della legge, avessero già subito la menomazione i termini sono scaduti il **21 marzo 2002**. Per la presa conoscenza del danno valgono le stesse considerazioni riportate nella precedente nota.
- 3 “....tre anni dal momento in cui l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno (sentenza Corte Costituzionale n. 476/2002. Per coloro che hanno contratto l'infezione prima del 26 novembre 2002 i termini sono scaduti il **25 novembre 2005** o, come sostenuto da una parte della dottrina, il 4 dicembre 2005 (tre anni dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale di tale sentenza).
- 4 “....termine perentorio di tre anni dal momento in cui l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno” (art. 3 L.210/92). Per coloro che alla data di entrata in vigore della legge avessero già subito la menomazione i termini di tre anni decorrono dalla data di entrata in vigore della legge stessa (21 marzo 1992).
- 5 il termine quadriennale previsto dalla legge n. 362/99 è scaduto il **20 ottobre 2003**.
- 6 A stretto rigore **10 anni** dalla data del decesso, ovvero **nessun termine** (come ritenuto dal Ministero della salute con parere, che condividiamo, riportato al cap 8.4.

Modalità di conoscenza della legge 210/92 da parte dei cittadini che hanno presentato la domanda “oltre i termini di legge” totale al 15 febbraio 2007: n. 484	
“Passa parola” fra malati, loro familiari, conoscenti, ecc.	223
Quotidiani	108
Trasmissioni televisive	69
Periodici di associazioni di malati emofilici e talassemici	32
Riviste varie	16
Medici specialisti (infettivologi, epatologi, trasfusionisti, ecc.)	9
Medici di famiglia	8
Commissioni mediche invalidità ASL	7
Altri operatori sanitari	6
Istruttoria del Difensore civico su altre pratiche sanitarie	6

La tabella sopra riportata mette in evidenza:

1. Nessuna domanda è stata provocata da pubblicizzazione promossa delle Aziende Sanitarie o dagli Assessorati alla salute delle regioni, come sancito dalla legge 238/97;
2. la pressoché totale disinformazione dimostrata sull'argomento dai medici di famiglia e dai medici specialisti, che pur conoscendo la storia clinica di questi malati non solo non hanno dato la benché minima informazione sulle possibilità di presentare la domanda, ma addirittura, in non pochi casi, hanno fortemente sconsigliato di richiedere l'indennizzo a causa delle “difficoltà di provare che le trasfusioni ricevute erano infette”;
3. la stragrande maggioranza dell'informazione “è passata” casualmente;
4. in Toscana, ove l'azione del Difensore civico, che ha più volte convocato specifiche conferenze stampa sulla questione si è registrata una significativa informazione tramite i quotidiani e le televisioni locali.

12 INIZIATIVE DEL DIFENSORE CIVICO

Di seguito riportiamo la sintesi delle iniziative di carattere generale intraprese dal Difensore Civico negli ultimi 4 anni

Convegno nazionale – Firenze – 19-20 Settembre 2003.

“L’esperienza del Difensore civico in sanità: i risultati e le prospettive di sviluppo nel contenzioso in materia di responsabilità professionale e negli aspetti connessi con la tutela dei cittadini danneggiati da emotrasfusioni, vaccini, emoderivati ex legge 210/92 e successive modifiche”.

Partecipanti: oltre 250 in rappresentanza di 13 regioni, dei quali 23 avvocati, 21 medici legali, 24 associazioni di malati e di tutela in ambito sanitario e tre dirigenti del Ministero della Salute che trattano la materia.

Relatori (della sessione attinente la legge 210/92, secondo l’ordine degli interventi):

Prof. Vittorio Fineschi - Professore di medicina legale Università di Foggia

Francesco Caponi - Funzionario del Difensore Civico della Regione Toscana

Avv. Marcello Stanca - Presid. AMEV (Associazione Malati Emotrasfusi e Vaccinati)

Dr. Giovanni Barbagli - Presid. CFT (Comitato Famiglie Talassemici “Speranza di Vivere”)

Giacomo Siro Brigiano - Presid. FST (Fondazione “Futuro Senza Talassemia”)

Prof.ssa Emanuela Turillazzi – Docente Medicina Legale Università di Foggia

Dr. Fabio Truschi – Direttore U.O. Immunotrasfusionale Azienda Sanitaria n.10 di Firenze

Prof.ssa Marta Picchi – Docente di Diritto Pubblico Università di Bolzano

Prof. Mauro Barni – Presidente Commissione Regionale di Bioetica

On. Antonio Tomassini- Presidente XII Commissione Igiene e Sanità del Senato

On. Marida Bolognesi – componente XII Commissione Affari Sociali della Camera

On. Giuseppe Fanfani - componente XII Commissione Affari Sociali della Camera

On. Riccardo Migliori – Vice presidente Commissione per le questioni regionali

Conclusioni: Le puntuali relazioni ed i qualificati interventi hanno evidenziato la necessità di apportare sostanziali modifiche alla legge ed hanno posto le basi per le iniziative in seguito sviluppate, nelle quali sono state integralmente riprese le criticità della legge e le proposte di modifica così come emerse in sede di convegno, dando la priorità alla riapertura (o meglio, l’abolizione) dei termini per la presentazione delle domande ed all’aumento dell’indennizzo. Tali proposte sono state riprese in disegni di legge presentati sia nella IV che V legislatura.

Solleciti al mondo politico – Firenze – 25 agosto 2004.

Articolati interventi nei confronti del Presidente del Consiglio dei Ministri, dei Ministri della Salute e dell’Economia e Finanza, dei Presidenti della Camera, Senato, XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, XII Commissione Affari Sociali della Camera e di 26 Parlamentari firmatari di quattro disegni di legge di modifica della L 210/92 per sollecitare l’iter parlamentare delle proposte in esame.

Sensibilizzazione a cittadini e alle loro Associazioni – Firenze – 25 agosto 2004.

Informativa inviata ai cittadini, alle Associazioni di Volontariato ed agli organismi di tutela che hanno ricevuto in questi anni assistenza da parte dell’Ufficio del difensore Civico per la legge 210/92 con invito a sensibilizzare i livelli politico-istituzionali ad essi più vicini.

Presa di posizione del Coordinamento dei Difensori civici Regionali e delle Province Autonome nei confronti del mondo politico – Roma – 17 Settembre 2004.

Approvazione di un Ordine del Giorno sui disegni di legge C.1145, C.4865, C.5020 e S.2973 di modifica alla legge 210 e successive modificazioni approvato dal Coordinamento Nazionale dei Difensori Civici Regionali e delle Province Autonome di Trento e Bolzano ed inviato ai soggetti istituzionali avanti elencati.

Delega della Conferenza dei Difensori civici della Toscana ad assumere iniziative in merito alle modifiche legislative – Firenze – 21 settembre 2004.

Ordine del Giorno approvato dalla Conferenza dei Difensori civici Locali della Regione Toscana contenente la delega al Difensore civico Regionale a rappresentare in ogni sede l'iniziativa sulle proposte di modifica delle leggi riguardanti i cittadini danneggiati da vaccinazioni e trasfusioni.

Incontro con i danneggiati da vaccinazione e trasfusioni – Firenze 13 ottobre 2004.

Presso la sede del Consiglio Regionale della Toscana il dr. Giorgio Morales unitamente ai presidenti delle associazioni AMEV, avv. Marcello Stanca, CFT, dr. Giovanni Barbagli ed FST Siro Giacomo Brigiano ha incontrato numerosi cittadini danneggiati. Alla presenza del presidente del Consiglio Riccardo Nencini e dell'On. Riccardo Migliori sono state poste le basi per sollecitare il Parlamento ad emanare disposizioni che prevedessero un congruo aumento dell'indennizzo per tutti i danneggiati da vaccinazioni e da emotrasfusioni.

Sollecito ai capigruppo della Camera dei Deputati – Firenze – 13 ottobre 2004.

Inoltrato fax ai capigruppo della Camera dei Deputati con invito ad inserire un emendamento alla proposta di legge finanziaria 2005 riguardante questa problematica.

Conferenza stampa – Firenze – 29 ottobre 2004.

Il Difensore civico della Toscana ha tenuto una conferenza stampa su: *“cittadini infettati da vaccinazioni e trasfusioni”* (pubblicati 34 articoli; passati 5 servizi televisivi e 3 radiofonici). Comunicati stampa inviati a 125 agenzie e testate giornalistiche.

Comunicato su “Toscana Consiglio Regionale” – Firenze – 8 novembre 2004.

Su Toscana Consiglio Regionale n. 11, organo ufficiale del Consiglio Regionale della Toscana, viene pubblicato un ampio servizio: *“sangue e vaccini infetti: un impegno di giustizia.”*

Conferenza stampa di fine anno – Firenze – 29 dicembre 2004.

Il difensore civico ha illustrato la sua attività annuale; pubblicati 14 articoli; passati 8 servizi televisivi e due radiofonici, tutti con ampio riferimento all'attività legata ai danni da vaccini e trasfusioni.

Articoli su “Ex” – Ravenna – Numeri di gennaio e maggio 2005.

La redazione di EX - rivista dell'Associazione Emofilici e Talassemici di Ravenna - pubblica ampi e ben articolati servizi su questa specifica attività del Difensore civico.

Circolare alle Associazioni – Firenze – 3 marzo e 4 aprile 2005.

Lettere inviate alle Associazioni di Coagulopatici, Emofilici, Microcitemici, Talassemici ed alle Associazioni di Tutela sanitaria con le quali venivano richiesti pareri ed eventuali adesioni all'iniziativa che il Difensore Civico stava assumendo riguardo alle proposte di modifica alla legge in discussione in Parlamento.

Lettera al Presidente della XII Commissione del Senato – Firenze – 4 marzo 2005.

Lettera inviata all'on Antonio Tomassini, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, in risposta ad una sua nota nella quale sono state puntualmente ribadite le ragioni discriminanti contenute nei disegni di legge in discussione.

Richiesta l'audizione a Camera e Senato – Firenze – 30 aprile 2005.

Richiesta di audizione formale inviata ai Presidenti della XII Commissione della Camera e della XII Commissione del Senato.

Convegno regionale – Ferrara – 14 maggio 2005

Alla presenza di oltre 200 partecipanti e 19 associazioni presenti al convegno *“Persone danneggiate da trasfusioni di sangue infetto e da vaccinazioni; le dimensioni nazionali del problema, la legislazione attuale e le proposte di modifica”* - organizzato dal Centro per la Tutela dei Diritti dei Malati di Ferrara, dall'Associazione per la Lotta alla Talassemia di

Ferrara, dal Coordinamento Regionale dei Centri per la tutela dei Diritti dei Malati "Emilia Romagna Attiva e Solidale" e dal Centro Servizi per il Volontariato – il dr. Giorgio Morales ha tenuto una relazione sull'attività dell'Ufficio e sulle proposte da avanzare in Parlamento per la modifica della normativa. A voti unanimi è stato approvato il seguente o.d.g:

Le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti e i cittadini presenti al convegno regionale sull'attuazione della legge 210/92, concordano con le valutazioni e le proposte avanzate dal dr. Giorgio Morales, Difensore civico della Regione Toscana nella relazione presentata al convegno e gli conferiscono il mandato di rappresentanza nei colloqui e nei confronti con i Presidenti delle Commissioni Parlamentari e con le diverse forze politiche presenti in Parlamento, affinché vengano accolte ed approvate le proposte di modifica che possono garantire equo indennizzo ed equo risarcimento a tutte le persone che hanno subito danni da trasfusioni di sangue o da vaccinazioni".

Conferenza Stampa – Firenze – 16 maggio 2005.

In occasione della conferenza stampa convocata per la presentazione della relazione annuale al Consiglio Regionale ed al Parlamento è tornato a parlare della grave situazione riguardante i danneggiati da vaccinazioni ed emotrasfusioni; sono stati pubblicati numerosi articoli.

Convegno della Federazione Associazioni Emofilici – Roma – 18 maggio 2005.

Non potendo presenziare al Convegno "Emofilia: malattia rara, malattia sociale", è stata inviata una articolata relazione riguardante le modifiche alla legge 210 e la sicurezza delle pratiche emotrasfusionali.

Telegramma al Governo e agli Organi Parlamentari – Firenze – 24 maggio 2005.

Testo del telegramma inviato al

Presidente del Consiglio dei Ministri, on. Silvio Berlusconi

Ministro della Salute, on. Francesco Storace

Ministro dell'Economia e delle Finanze, on. Domenico Siniscalco

Sottosegretario Ministro della Salute, on. Cesare Cursi

Presidente XII Commissione Senato, on. Antonio Tomassini

Presidente XII Commissione Camera, on. Giuseppe Palumbo

"Facendo seguito mia 25/8/2004 riguardo modifiche L.210/92 (danni vaccinazioni ed emotrasfusioni) e venuto a conoscenza imminente decisione Codesti Organi modalità utilizzo 30 milioni euro "avanzati" da transazioni emofilici ex L.141/03 per ingiusta esclusione altri soggetti infettati (talassemici, microcitemici, coagulopatici, trasfusi evento acuto), a nome 2.848 cittadini assistiti tutta Italia questo Ufficio e su formale mandato di numerose associazioni e Difensori Civici Regionali e Locali mi permetto richiedere SS.LL. ogni possibile interessamento affinché tale somma sia destinata finanziamento corrente esercizio proposte legge 2970 (Senato – abolizione termini presentazione domande per TUTTI danneggiati vaccinazioni, trasfusioni, operatori sanitari) e 4865 (testo unificato Camera – aumento indennizzi per TUTTI soggetti tutelati legge 210/92 da erogarsi in base gravità patologia e non con riferimento fonte infezione".

Intervista a RTV 38 inserita nella rubrica "l'inchiesta" – Firenze – 17/06/2005.

Il Difensore civico ha più volte fatto riferimento all'importante settore relativo alla tutela dei cittadini danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni e degli operatori sanitari contagiati durante il servizio.

Audizione alla Commissione XII del Senato – Roma – 28 giugno 2005 - Comunicati stampa – Firenze – 23 giugno e 29 giugno.

La stampa toscana ha dato ampio risalto all'iniziativa intrapresa dal Difensore civico sulle modifiche proposte al Parlamento sulla legge 210/92, sia prima che dopo l'audizione alla XII Commissione del Senato. Il dr. Giorgio Morales, dopo aver illustrato le proposte ha consegnato una relazione dettagliata sui punti maggiormente qualificanti per la modifica della legge, tra questi: L'abolizione dei termini per la presentazione delle domande per

tutte le categorie tutelate dalla legge 210/92 (vaccinati, emotrasfusi, operatori sanitari), così come previsto dal disegno di legge n. 2970 all'esame della Commissione e l'aumento dell'indennizzo.

Intervista ad "EX" – Ravenna – giugno 2005.

Il numero di giugno 2005 della rivista "EX", organo a diffusione nazionale dell'Associazione Emofilici e Talassemici di Ravenna, ha pubblicato una intervista rilasciata dal dr. Giorgio Morales, unitamente ad un ampio servizio riguardante le proposte di modifica alla legge 210 avanzate dal Difensore civico.

Indagine su 200 cittadini affetti da malattie ematiche congenite – Firenze – 8 luglio 2005.

A 200 cittadini affetti da malattie emopatiche, scelti a campione fra quelli residenti nelle regioni ove si è registrata la minore adesione alle iniziative intraprese dall'Ufficio nei confronti del Parlamento da parte delle Associazioni di emofilici e talassemici, il Difensore civico ha inviato un questionario per capire le ragioni delle numerose defezioni (il 60%, di queste associazioni, purtroppo, non ha risposto alla lettera del 4 marzo ed al sollecito del 4 aprile). Le risposte pervenuteci hanno evidenziato uno scollamento fra i soci e loro dirigenti.

Articolo su "Sole 24 Ore Sanità" – Roma 27/7/2005.

In un ampio resoconto viene riportata l'attività prestata ai cittadini toscani danneggiati da vaccinazioni e trasfusioni analizzata a seconda delle varie fasi del procedimento.

Operatori sanitari contagiati da epatiti virali – Firenze – 15 luglio e 26 settembre 2005.

Inviato circolari alle Associazioni di tutela in ambito sanitario, alle Organizzazioni Sindacali della sanità, agli Ordini dei Medici, ai Collegi Infermieristici, ai Collegi delle Ostetriche ed alle Associazioni dei Tecnici di Laboratorio biomedico di tutta Italia con invito a divulgare la notizia della scadenza dei termini per la presentazione della domanda per gli operatori sanitari che hanno contratto un danno a seguito di contatto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti virali.

Comunicati Stampa su operatori sanitari – Firenze – 15 luglio e 23 settembre 2005.

Alcune testate hanno integralmente riprodotto il seguente comunicato:

"Per gli operatori sanitari contagiati da epatiti virali scadono i termini per presentare la domanda di indennizzo ai sensi della Legge 210/92. ;Il difensore Civico della Regione Toscana sostenuto da numerose Associazioni di Volontariato e Tutela che trattano la materia, da tutti i Difensori civici Regionali e da numerosi Difensori civici Comunali e Provinciali, durante l'audizione tenutasi il 28 giugno scorso alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato ove è in discussione un apposito disegno di legge (n.2970), ha rappresentato con forza la necessità di abolire i termini triennali per la presentazione delle domande per tutti soggetti tutelati dalla legge (emotrasfusi, vaccinati, operatori sanitari).

A seguito delle intese intercorse fra i due rami del Parlamento, i Presidenti della Camera e del Senato, con la disponibilità della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, hanno accolto la richiesta avanzata dal Governo in data 12 luglio scorso tendente a far rinunciare alla stessa Commissione l'esame del disegno di legge n.2970 (già approvato dalla Camera) e convenuto sulla opportunità che la XII Commissione Affari Sociali della Camera utilizzi le risorse finanziarie destinate alla copertura degli oneri del predetto disegno di legge, resesi disponibili dalla sospensione dei lavori su questo tema da parte della Commissione Igiene e Sanità, per finanziare altre proposte di legge.

Un'attenzione particolare è stata posta alla questione riguardante i danni causati agli operatori sanitari, prevalentemente infermieri, medici, ostetriche e tecnici di laboratorio, rispetto ai quali la L.210/92 originariamente ammetteva la possibilità dell'indennizzo solo se il contagio era da HIV. La Corte Costituzionale con sentenza n. 476/2002, promossa da un Tribunale toscano, ha riconosciuto il diritto di adire alle procedure di indennizzo previste dalla Legge 210/92 anche per gli operatori sanitari che hanno contratto dei danni a

seguito di contatto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti virali, però il Parlamento in questi tre anni non si è ancora adeguato all'obbligo imposto dalla Corte.

Ai componenti di detta Commissione il dr. Giorgio Morales ha ricordato che se non verrà approvata presto la legge per gli operatori sanitari che hanno preso conoscenza dell'infezione da epatite B o C prima del 26 novembre 2002 tale termine scade tassativamente il 25 novembre 2005, con la conseguenza che queste persone si vedranno "chiusi" i termini per la presentazione della domanda di indennizzo peraltro mai "aperti" da alcuna legge dello Stato".

Operatori Sanitari – Lettere al Ministro della Salute Francesco Storace ed alle Regioni – Firenze – 19 Settembre 2005.

Inviare lettere al Ministro della Salute, agli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome, nonché ai Direttori Generali delle Aziende USL e Ospedaliere della Toscana, per ricordare l'obbligo di pubblicizzazione imposto loro dall'art. 1, comma 13 della legge 238/97 delle disposizioni contemplate dalla legge 210 e quindi, implicitamente, alle successive modificazioni normative (sentenza Corte Costituzionale n. 476/2002) che hanno ammesso al beneficio anche gli operatori contagiati durante il servizio a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatite virale. Abbiamo avuto riscontro che alcune Regioni hanno accolto tale invito e che la Regione Toscana e tutte le ASL e Aziende Ospedaliere della Toscana hanno effettuato una capillare informazione.

Telegramma al Governo e Organi Parlamentari sull'accantonamento del disegno di legge riguardante l'abolizione dei termini per presentare le domande - Firenze – 23 settembre 2005.

Nell'invitare gli organi istituzionali a voler inserire nel disegno di legge n. 4865 approvato dalla XII Commissione Camera il 21/9/95 (risarcimenti ai danneggiati da vaccinazioni) e presto all'esame della XII Commissione del Senato, l'articolato del disegno di legge 2970 accantonato è stata fortemente stigmatizzata l'ingiustizia perpetrata ai danni di numerosi cittadini che si vedono negata la possibilità di beneficiare del dovuto indennizzo perché mai informati della possibilità di presentare domanda entro tre anni dalla presa coscienza dei gravi danni subiti da emotrasfusioni e da contagio durante il servizio per gli operatori sanitari. E' stato pure evidenziato come questa ingiusta decisione abbia ulteriormente aggravato la deleteria competizione in atto fra le categorie tutelate dalla legge 210/92, ingenerando, tra l'altro, un sorta di "guerra" tra poveri; Infatti a taluni non si dà niente, ad altri solo l'indennizzo di poco superiore a 500 € mensili e ad altri ancora, oltre a quest'ultimo indennizzo, viene erogato anche un ulteriore risarcimento (da un minimo di 388.000 € ad un massimo di 452.000 €;). Tale profonda ingiustizia colpisce anche i familiari di persone decedute; alcune famiglie, infatti, percepiscono solo circa 77.000 € ed altre più di 600.000 €.

Circolare sui lavori Parlamentari – Firenze – 26 settembre 2005.

Inviata una circolare, alle Associazioni di Volontariato e di Tutela, alle Organizzazioni Sindacali della sanità, agli Ordini, Collegi e Associazioni professionali di tutta Italia per comunicare l'avvenuto accantonamento del disegno di legge n. 2970 da parte della XII Commissione del Senato che prevedeva l'abolizione dei termini per la presentazione delle domande e per sollecitare interventi sul Parlamento affinché l'articolato nella proposta n. 2970 sia trasferito nel disegno di legge n. 4865 approvato dalla XII Commissione della Camera il 21/9/2005 e presto all'esame della XII Commissione del Senato.

Convegno "Associazione Salute e Legalità" – Catania – 7 ottobre 2005.

Non potendo presenziare ai lavori del convegno organizzato da questa associazione recentemente fondata dall'Avv. Bertolini di Palermo per la difesa dei cittadini danneggiati da emotrasfusioni, il difensore Civico ha inviato un saluto ai partecipanti e delle copie della pubblicazione dell'Ufficio.

Convegno “Persone danneggiate da trasfusioni di sangue infetto e da vaccinazioni”

- Porto Viro (RO) – 15 ottobre 2005.

Non potendo essere presente a questo convegno organizzato dall'Associazione Nazionale Difesa dei Malati, il Difensore Civico ha inviato alla presidenza del convegno una breve relazione ed ai partecipanti una copia della pubblicazione dell'Ufficio.

Operatori Sanitari – comunicazioni – Firenze – 14 Dicembre 2005.

Inviata una circolare alle Associazioni di Volontariato e di Tutela, alle Organizzazioni Sindacali della sanità, agli Ordini e Collegi sanitari di tutta Italia per ringraziare della collaborazione data all'Ufficio nella capillare diffusione delle circolari del luglio e del settembre e per ricordare che gli operatori sanitari possono presentare la domanda anche a termini scaduti in quanto, in sede di ricorso amministrativo, è possibile sviluppare valide argomentazioni giuridiche e medico legali.

Invio domande ai cittadini – Firenze – gennaio/giugno 2006.

Redatte e inviate personalizzate domande per la richiesta dell'adeguamento rivalutativo dell'indennità integrativa speciale sulla base della variazione percentuale annuale dell'indice ISTAT.

Lettera al Ministro della Salute, On. Francesco Storace – Firenze – 10 febbraio 2006.

Venuto a conoscenza di quattro incontri tecnico-politici fissati presso il Ministero della Salute con alcune associazioni interessate alla soluzione di alcuni particolari problemi, risolvibili solo in via legislativa, il Difensore civico ha ritenuto opportuno ricordare al Ministro l'esistenza di proposte unitarie avanzate da numerose associazioni di volontariato e tutela, alcune delle quali accantonate, su richiesta del Governo, dopo un lungo e proficuo cammino parlamentare, in occasione dell'approvazione della legge finanziaria.

Conferenza Stampa – Firenze – 28 aprile 2006.

In occasione della conferenza stampa convocata per la presentazione della relazione 2005 al Consiglio Regionale ed al Parlamento, è stata messa in risalto l'attività riguardante questa materia. In particolare si è parlato dell'elevato numero di pratiche aperte in seguito alla richiesta di assistenza pervenuta all'Ufficio da parte degli operatori sanitari contagiati da epatiti virali durante il servizio.

Incontro con i Parlamentari eletti in Toscana – Firenze – 24 luglio 2006.

La riunione è stata indetta dal Difensore civico per valutare le possibili iniziative legislative di modifica alla legge 210/92. Presentate a tutti i Parlamentari le proposte di modifica della legge - Roma – 25/7/06. La riunione si è conclusa con l'impegno dell'Ufficio a predisporre una proposta di legge secondo le indicazioni emerse dalla riunione e in data 31 luglio 2006 è stato presentato alla Camera il disegno di legge n. 1523.

Inviata una lettera a tutti i Parlamentari, unitamente ad un opuscolo appositamente predisposto per l'occasione, nella quale il Difensore civico ha illustrato le proposte di modifica da apportare alla legge 210/92 e ha dato la propria disponibilità per collaborare alla eventuale stesura di appositi disegni di legge. Firenze 25 luglio 2006.

Lettera al Ministro della Salute, On. Livia Turco – 5 luglio 2006.

Sollecitata una presa di posizione del Governo sulle proposte di modifica giacenti in Parlamento riguardo le non più procrastinabili modifiche la legge 210/92.

Circolare sulle proposte di modifica della legge 210/92 – Firenze – 26 luglio 2006.

Inviata una circolare alle Associazioni di Volontariato e di tutela, alle Organizzazioni Sindacali della sanità, agli Ordini e Collegi professionali sanitari di tutta Italia per far conoscere le proposte presentate a tutti i Parlamentari e per sollecitare una massiccia sensibilizzazione politico-istituzionale sulla materia.

Audizione XII Igiene e Sanità Commissione del Senato – Roma 8 novembre 2006.

L'ufficio di Presidenza della XII Commissione integrato dai rappresentanti dei Gruppi Parlamentari ha convocato il Difensore Civico per una audizione in materia di Emotrasfusioni ed Emoderivati. Il difensore civico, concordando con le richieste avanzate dalle associazioni, ha pure ribadito la necessità di calendarizzare la proposta di legge n. 1523 presentata alla Camera il 31 luglio 2006.

Convegno “210/92 – Una legge giusta – proposte di modifica” – Verona – Sala Conferenze ATER - 10 novembre 2006.

Il difensore Civico ha svolto una dettagliata relazione al convegno regionale organizzato dal Movimento dei cittadini - Centro per i Diritti del Malato e per il Diritto alla Salute di Verona sulle proposte di modifica alla normativa presentate in Parlamento.

Conferenza Stampa – Presentazione del Vademecum sulla legge 210/92

Verona – Palazzo Comunale – 10 novembre 2006.

Il Difensore civico del Comune di Verona, unitamente ai dirigenti del Centro per i Diritti del Malato e per il Diritto alla Salute di Verona, cogliendo l'occasione del convegno hanno convocato una conferenza stampa per far presentare al dr. Giorgio Morales la pubblicazione predisposta dall'Ufficio del Difensore civico, utile strumento di lavoro per le Associazioni di Patronato, di Volontariato e di Tutela.

Conferenza Stampa – Firenze – Consiglio Regionale - 23 febbraio 2007.

In occasione della conferenza stampa convocata per l'apertura dell'anno della difesa civica toscana il Difensore civico è tornato ad illustrare questa particolare attività e le proposte avanzate al Parlamento per la modifica della vigente normativa.

Lettere al Ministro della Salute, On. Livia Turco e al sottosegretario On. Antonio Gaglione, in appoggio alle manifestazioni indette a Roma da alcune associazioni ed alle loro proposte che in gran parte collimano con quelle presentate dal difensore Civico, dando la propria disponibilità a fornire soluzioni pratiche ed economicamente compatibili. Firenze 24 febbraio e 23 marzo 2007.

Lettere all'Assessore alla Salute della Regione Toscana, sempre attento a queste problematiche, perché svolgesse ogni possibile interessamento in sede di conferenza Stato-Regioni, sia per sollecitare il Governo ad indicare una certa e definitiva soluzione legislativa alle necessarie modifiche alla legge e per risolvere alcune questioni che pur non comportando alcuna spesa, costringono i cittadini interessati (ed anche lo Stato, le Regioni e le ASL) a sostenere inutili e costose spese di giudizio, a causa della irrisolta questione della legittimazione passiva. Firenze 28 marzo 2007.

Presentazione della seconda edizione del Vademecum sulla legge 210/92.

Firenze – Sala Gonfalone del Consiglio Regionale Toscano - 12 giugno 2007.

Il Presidente del Consiglio Regionale, On. Riccardo Nencini, il Vice presidente della Giunta Regionale Toscana, dr. Federico Gelli, il Prof. Mauro Barni, Emerito di Medicina Legale nell'Università di Siena ed il dr. Giorgio Morales, Difensore civico della Toscana, hanno presentato alla stampa ed agli operatori del settore (medici legali, avvocati, referenti delle ASL per la legge 210, associazioni di Patronato, di Tutela, di Consumatori-utenti, Ordini e Collegi sanitari, Organizzazioni sindacali sanitarie) la seconda edizione del Vademecum sulla legge 210 edita dall'Ufficio del Difensore civico.

13 ALLEGATI

Recentemente è stata depositata la sentenza della Corte Costituzionale n. 342 del 23 ottobre 2006, relativa alla questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n.238 sollevata dal Tribunale di Modica in ordine al termine triennale di prescrizione previsto per le domande presentate da cittadini che hanno contratto virus epatici a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.

A nostro modesto avviso le motivazioni della sentenza dovrebbero stimolare una non univoca dottrina giuridica e medico legale, in modo da consentire una possibile riproposizione, magari più puntuale, delle questioni di incostituzionalità della norma, che comunque, a nostro avviso permangono.

In proposito, come spunto critico, ci permettiamo di porre all'attenzione dei lettori le affermazioni della Corte Costituzionale allorché sostiene che ***"..in mancanza di sicuri dati scientifici – non prospettati dal rimettente – che dimostrino la manifesta arbitrarietà della distinzione dei tempi di presentazione delle domande in relazione alla patologie cui si riferiscono, non esiste alcun vincolo costituzionale che imponga un'equiparazione di disciplina"***

Tale problematica potrebbe essere definitivamente risolta con l'approvazione della la proposta di legge n. 1523 fatta presentare alla Camera dal Difensore Civico della Toscana a seguito dell'incontro tenutosi con i parlamentari toscani il 15 luglio 2006 presso la sede del Consiglio Regionale Toscano.

In questo capitolo riteniamo utile riportare anche un commento ai principali motivi di appello del Ministero della Salute ad una recente sentenza di primo grado di un Tribunale toscano, che negli ultimi tempi registriamo essere fin troppo ripetitivi riguardanti il difetto di legittimazione passiva del Ministero della Salute e la non spettanza degli interessi legali.

Mentre andiamo in stampa ci è pervenuta una recentissima sentenza della Corte di Cassazione, con la quale viene rigettato il ricorso promosso dal Ministero della salute avverso la sentenza della Corte di appello di Firenze (n. 116 del 13 febbraio – R.G.N. 1884/2003) che aveva rigettato l'impugnazione da parte dello stesso Ministero e confermato la sentenza di primo grado del Tribunale di Arezzo, la quale aveva ritenuto **sussistente il diritto del soggetto affetto da HCV a percepire l'indennizzo ex legge 210/92, pur senza sintomi e pregiudizi attuali, dovendosi intendere il richiamo alla tabella A annessa al D.P.R. n. 834 del 1981 quale prescrizione dei criteri di massima finalizzati alla liquidazione.**

Ad integrazione di quanto sinteticamente trattato nei precedenti capitoli si propongono degli approfondimenti riguardanti gli argomenti riportati in indice

SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N.342 DEL 23 OTTOBRE 2006	249
RICORRENTI MOTIVI DI APPELLO DEL MINISTERO DELLA SALUTE TRAMITE LE AVVOCATURE DISTRETTUALI DELLO STATO	253
RIVALUTAZIONE MONETARIA DELL'INDENNIZZO -.TASSO DI INFLAZIONE PROGRAMMATO (TIP) E INDICE ISTAT	259
a) TABELLE EFFETTIVAMENTE PAGATE DAL MINISTERO DELLA SALUTE	261
b) TABELLE CALCOLANDO LA VARIAZIONE TIP SU TUTTO L'INDENNIZZO	264
c) TABELLE CALCOLANDO LA VARIAZIONE ISTAT SU L'INTERO L'INDENNIZZO	267
SENTENZA DELLA CORTE DI CASSAZIONE CIVILE N. 10214 DEL 04/05/2007	270

SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 342 DEL 23 OTTOBRE 2006

SENTENZA N. 342
ANNO 2006

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori:

- Franco	BILE	Presidente
- Giovanni Maria	FLICK	Giudice
- Francesco	AMIRANTE	"
- Ugo	DE SIERVO	"
- Paolo	MADDALENA	"
- Alfio	FINOCCHIARO	"
- Alfonso	QUARANTA	"
- Franco	GALLO	"
- Luigi	MAZZELLA	"
- Gaetano	SILVESTRI	"
- Sabino	CASSESE	"
- Maria Rita	SAULLE	"
- Giuseppe	TESAURO	"

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n. 238 (Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati), promosso con ordinanza del 16 giugno 2004, dal Tribunale di Modica, nel procedimento civile vertente tra M. V. contro il Ministero della salute, iscritta al n. 32 del registro ordinanze 2006 e pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica n. 7, prima serie speciale, dell'anno 2006.

Visto l'atto di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nella camera di consiglio del 5 luglio 2006 il Giudice relatore Giuseppe Tesauro.

Ritenuto in fatto

1. – Con ordinanza del 16 giugno 2004, il Tribunale di Modica, in funzione di giudice del lavoro, nella causa promossa da M.V. contro il Ministero della salute, ha sollevato, in riferimento agli artt. 3 e 32 della Costituzione, questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n. 238 (Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati).

2. – Secondo quanto esposto in fatto dal rimettente, M.V. ha convenuto in giudizio il Ministero della salute, al fine di ottenere la corresponsione dell'indennizzo di cui all'art. 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), deducendo di aver contratto un'epatopatia irreversibile, diagnosticata in data 21 gennaio 1998, a seguito di emotrasfusione somministrata il 27 giugno 1968 presso l'ospedale San Matteo di Pavia, e di aver inoltrato il 4 giugno 2001, senza esito, la domanda amministrativa per la provvidenza.

Ritualmente costituitosi, il Ministero della salute ha eccepito la prescrizione del diritto all'indennizzo, argomentando che, quando l'interessato aveva presentato la relativa richiesta, era già decorso il termine perentorio di tre anni posto all'art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992, come modificato dall'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997.

Ciò premesso, il Tribunale di Modica rileva come l'art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992 sia stato effettivamente modificato dall'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997: se, nell'originaria formulazione, il termine triennale di prescrizione era stabilito solo per il caso di vaccinazione, «mentre nessun termine era stato previsto per l'ipotesi di danni da HIV e da epatite», in seguito il legislatore, con la disposizione censurata, ha esteso alle sole fattispecie di epatite post-trasfusionale il «termine prescrizione breve».

Dopo aver considerato che nel giudizio *a quo* non sono controverse né la data della presentazione dell'istanza al Ministero della salute, successiva, come detto, al decorso del termine triennale, né l'esistenza del nesso eziologico tra la trasfusione e la patologia dedotta, osserva il rimettente che la questione di costituzionalità dell'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997 non è manifestamente infondata.

La norma impugnata, invero, si porrebbe in contrasto con l'art. 3 della Costituzione, «laddove crea una palese disparità di trattamento tra i soggetti che, avendo contratto epatite post-trasfusionale, vengono differenziati a seconda che abbiano avuto la possibilità, nel vigore della legge n. 210 del 1992, nel testo originario, di fruire dell'ordinario termine decennale di prescrizione, ovvero che non abbiano avuto tale possibilità per effetto dello *ius superveniens*»; nonché «laddove prevede, nella identica ipotesi di danni da emotrasfusioni, legittimante il godimento dell'indennizzo previsto dall'art. 1 della legge n. 210 del 1992, un trattamento diverso» per i danni da epatite e per i danni da HIV.

La disparità di trattamento sarebbe ancora più «incongrua» alla luce della giurisprudenza costituzionale, secondo cui la cogenza o l'incentivazione della vaccinazione, trattamento obbligatorio posto a presidio della salute collettiva, giustificerebbe, in caso di lesioni, una tutela rafforzata rispetto a quella predisposta per l'intervento emotrasfusionale, praticato, quest'ultimo, in ragione della sola necessità terapeutica (sentenze n. 423 e 226 del 2000). Infatti, prosegue il rimettente, l'indennizzo in parola «trova la sua *ratio* nel diritto-dovere dello Stato di evitare gli effetti teratogeni degli interventi terapeutici che esso è tenuto a prestare ai cittadini». Vertendosi in tema di diritto alla salute, appare irragionevole che l'azionabilità delle pretese del cittadino sia sottoposta a limitazioni come quella connessa alla brevità del termine di prescrizione.

L'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997 violerebbe, pertanto, anche l'art. 32 della Costituzione, prevedendo un'ipotesi attenuata di tutela del diritto primario alla salute, mentre tale diritto richiederebbe, semmai, una tutela rafforzata rispetto a diritti di rango inferiore, quali i diritti di credito, «che non sono soggetti ad incumbenti amministrativi condizionanti e sono, comunque, salve specifiche eccezioni, azionabili in un termine più lungo».

3. – È intervenuto nel presente giudizio il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, concludendo per l'infondatezza della questione di legittimità costituzionale, essenzialmente sul rilievo della disomogeneità delle situazioni poste a raffronto, quella del danno da epatite e quella del danno da HIV.

Secondo la difesa erariale, i due processi infettivi si presentano radicalmente diversi, non solo in ragione delle connotazioni dei *virus* e delle conseguenti prospettive di evoluzione della malattia, ma anche e soprattutto perché i tempi di incubazione dell'epatite C, dell'entità di pochi giorni ed al massimo di quattro mesi, sono assai ridotti rispetto a quelli dell'HIV.

Considerato in diritto

1. – Il Tribunale di Modica, in funzione di giudice del lavoro, ha sollevato, in riferimento agli artt. 3 e 32 della Costituzione, questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n. 238 (Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati), nella parte in cui, sostituendo l'art. 3, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), ha stabilito che, ai fini del conseguimento dell'indennizzo di cui all'art. 1 della legge n. 210 del 1992, coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali devono presentare la domanda amministrativa entro il termine perentorio di tre anni, decorrente dal momento in cui l'interessato risulti aver avuto conoscenza della menomazione.

2. – L'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati è stato introdotto dalla legge n. 210 del 1992, dopo che questa Corte, con sentenza n. 307 del 1990, aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge 4

febbraio 1966, n. 51 (Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica), nella parte in cui non prevedeva, a carico dello Stato, un'equa indennità per il caso di danno derivante, al di fuori dell'ipotesi di cui all'art. 2043 del codice civile, da contagio o da altra apprezzabile malattia riconducibile a vaccinazione obbligatoria.

L'art. 1, comma 1, della legge n. 210 del 1992, con norma generale, riconosce il diritto ad un indennizzo a chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica.

In base ai due successivi commi dello stesso articolo, identico diritto spetta ai soggetti che risultino contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati (comma 2), nonché a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali (comma 3).

L'art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992, nel testo originario, disponeva che, ai fini del conseguimento dell'indennizzo, la domanda doveva essere inoltrata al Ministro della sanità nel termine perentorio di tre anni nel caso di vaccinazioni o di dieci anni nei casi di infezioni da HIV. Il termine decorreva, in entrambi i casi, dal momento in cui l'avente diritto risultasse aver avuto conoscenza del danno, sulla base della documentazione medica di cui ai commi 2 e 3, concernenti, il primo, le vaccinazioni, il secondo, le infezioni da HIV (art. 3, comma 1), salvo che per gli eventi *ante legem*, in relazione ai quali il termine decorreva dalla data di entrata in vigore della legge (art. 3, comma 7).

Nessun termine di decadenza era previsto per il caso di epatiti post-trasfusionali e, pronunciandosi in riferimento all'originario art. 3 della legge n. 210 del 1992, la giurisprudenza di legittimità ha escluso, in ragione del carattere eccezionale delle norme sulla decadenza e del conseguente divieto di analogia (art. 14 disp. sulla legge in generale), che potesse applicarsi il termine stabilito per fattispecie di danno diverse dall'art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992.

L'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997 ha sostituito il testo dell'art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992, stabilendo che «I soggetti interessati [...] presentano alla USL competente le relative domande, indirizzate al Ministro della sanità, entro il termine perentorio di tre anni nel caso di vaccinazioni o di epatiti post-trasfusionali o di dieci anni nei casi di infezioni da HIV. I termini decorrono dal momento in cui, sulla base della documentazione di cui ai commi 2 e 3, l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno».

2.1. – L'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997 è censurato dal Tribunale di Modica, in quanto, in primo luogo, ingiustificatamente differenzerebbe, in contrasto con l'art. 3 della Costituzione, la situazione dei soggetti affetti da epatiti post-trasfusionali, obbligati a presentare la domanda nel termine perentorio di tre anni, rispetto a quella dei soggetti contagiati dal medesimo *virus* che, nel vigore del testo originario della legge n. 210 del 1992, abbiano usufruito del termine ordinario di prescrizione; in secondo luogo, opererebbe una disparità di trattamento tra i soggetti danneggiati da epatiti ed i soggetti che, a seguito del medesimo evento trasfusionale, contraggono il *virus* dell'HIV, a questi ultimi applicandosi il termine di prescrizione decennale; infine, violerebbe l'art. 32 della Costituzione, prevedendo un'ipotesi attenuata di tutela del diritto primario alla salute, laddove tale diritto richiederebbe, semmai, una tutela rafforzata rispetto a diritti di rango inferiore «che non sono soggetti ad incumbenti amministrativi condizionanti e sono, comunque, salve specifiche eccezioni, azionabili in un termine più lungo».

3. – La questione di legittimità costituzionale non è fondata.

La menomazione della salute conseguente a trattamenti sanitari può determinare, oltre al risarcimento del danno secondo la previsione dell'art. 2043 del codice civile, il diritto ad un equo indennizzo, in forza dell'art. 32 in collegamento con l'art. 2 della Costituzione, ove il danno, non derivante da fatto illecito, sia conseguenza dell'adempimento di un obbligo legale; nonché il diritto, qualora ne sussistano i presupposti a norma degli artt. 38 e 2 della Costituzione, a misure di sostegno assistenziale disposte dal legislatore nell'ambito della propria discrezionalità (sentenze n. 226 del 2000 e n. 118 del 1996).

La situazione giuridica di coloro che, a seguito di trasfusione, siano affetti da epatite è riconducibile, come quella dei soggetti contagiati da HIV, all'ultima delle ipotesi appena

enunciate: l'indennizzo consiste in una misura di sostegno economico fondata, non già, come assume il rimettente, sul dovere dello Stato di evitare gli effetti teratogeni degli interventi terapeutici, ma sulla solidarietà collettiva garantita ai cittadini, alla stregua degli artt. 2 e 38 della Costituzione, a fronte di eventi generanti una situazione di bisogno.

La determinazione del contenuto e delle modalità di realizzazione di un tale intervento di natura solidaristica è rimessa alla discrezionalità del legislatore e questi, nel ragionevole bilanciamento dei diversi interessi costituzionalmente rilevanti coinvolti, può subordinare l'attribuzione delle provvidenze alla presentazione della relativa domanda entro un dato termine.

Questa Corte non può sindacare il merito e l'opportunità delle opzioni adottate dal legislatore nella previsione di misure di sostegno assistenziale in caso di malattia. Le compete, tuttavia, verificare che le scelte legislative non siano affette da palese arbitrarietà o irrazionalità ovvero non comportino una lesione del nucleo minimo della garanzia (sentenze n. 226 del 2000 e n. 27 del 1998): vizi, questi, che non inficiano la norma in esame.

Infatti, il termine di tre anni fissato dall'art. 1, comma 9, della legge n. 238 del 1997, decorrente dal momento dell'acquisita conoscenza dell'esito dannoso dell'intervento terapeutico, non appare talmente breve da frustrare la possibilità di esercizio del diritto alla prestazione e vanificare la previsione dell'indennizzo.

Inoltre, in mancanza di sicuri dati scientifici – non prospettati dal rimettente – che dimostrino la manifesta arbitrarietà della distinzione dei tempi di presentazione delle domande in relazione alle patologie cui si riferiscono, non esiste alcun vincolo costituzionale che imponga un'equiparazione di disciplina.

Nel sistema della legge n. 210 del 1992, d'altra parte, quella delle epatiti era l'unica ipotesi di danno per cui la domanda di indennizzo poteva essere presentata in qualsiasi momento. Al riguardo, il rimettente manca di rilevare che anche per l'indennizzo in favore dei soggetti contagiati da HIV di cui al comma 2 dell'art. 1 della legge n. 210 del 1992 era prevista una limitazione temporale: in base all'originario art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992, l'iniziativa doveva essere assunta dall'interessato nel termine di dieci anni, decorrente, per gli eventi *ante legem*, non dalla conoscenza del danno, ma, in virtù dell'art. 3, comma 7, dall'entrata in vigore della legge stessa.

In relazione alla denunciata disparità rispetto alla situazione dei soggetti affetti da epatiti che si siano avvalsi della disciplina di cui al previgente art. 3, comma 1, della legge n. 210 del 1992, v'è da aggiungere che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, non contrasta di per sé con il principio di eguaglianza un differenziato trattamento applicato alla stessa categoria di soggetti, ma in momenti diversi nel tempo, poiché proprio il fluire del tempo costituisce un elemento diversificatore delle situazioni giuridiche (ordinanze n. 216 del 2005 e n. 121 del 2003).

Alla luce delle esposte considerazioni, si deve ritenere che la disposizione impugnata non ecceda l'ambito delle scelte spettanti al legislatore in materia di diritti sociali.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 9, della legge 25 luglio 1997, n. 238 (Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati), sollevata, in riferimento agli artt. 3 e 32 della Costituzione, dal Tribunale di Modica con l'ordinanza indicata in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 23 ottobre 2006.

F.to:

Franco BILE, Presidente

Giuseppe TESAURO, Redattore

Giuseppe DI PAOLA, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 27 ottobre 2006.

RICORRENTI MOTIVI DI APPELLO DEL MINISTERO DELLA SALUTE TRAMITE LE AVVOCATURE DISTRETTUALI DELLO STATO ¹

Di recente, si sta verificando a livello nazionale un aumento degli appelli proposti dal Ministero della Salute avverso le sentenze di condanna di primo grado al pagamento dell'indennizzo ex legge 210/1992.

Di tale fenomeno ne è testimone l'Ufficio del Difensore Civico della Toscana visto che anche in Toscana il Ministero della Salute, tramite l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Firenze, sta proponendo numerosi appelli.

Tre sono i motivi principali di appello:

- 1) difetto di legittimazione passiva del Ministero della Salute;**
- 2) tardività della domanda amministrativa;**
- 3) non spettanza degli interessi legali.**

Tutto quanto sostenuto dal Ministero della Salute in ordine a questi tre motivi di appello è, a nostro modesto parere, privo di fondamento giuridico per le ragioni che successivamente andremo ad esporre; nostre ragioni che, occorre fare presente al lettore, potrebbero, però, essere anche ritenute infondate dagli stessi giudici che in futuro saranno chiamati a sentenziare al riguardo.

Sul punto primo il Ministero ribadisce il proprio difetto di legittimazione passiva per la legittimazione della Regione Toscana.

Il Ministero non condivide la motivazione del giudice di primo grado secondo cui sussiste la legittimazione passiva del Ministero della salute visto che l'art. 123, co 1, D. Lgs. 112/98 e il DPCM 26/05/2000 comporterebbero il trasferimento delle sole funzioni amministrative, permanendo le funzioni relative al contenzioso giurisdizionale in capo allo Stato, come peraltro ritenuto da nutrita giurisprudenza (Corte di Appello di Torino sentenza n° 1044/2006; Tribunale di Bologna Sezione Lavoro, 08/06/2004 n° 329. massima su Guida al Diritto, 2004, n° 38, pag. 70;

¹ Con il contributo dell'avv. Antonio Lo Russo di Foggia ci siamo permessi di intervenire nella materia riguardante i motivi di appello, che registriamo essere fin troppo ripetitivi, contro una recente sentenza di primo grado emessa nel 2007 da un Tribunale toscano, proprio per non essere influenzati dai casi direttamente trattati da questo Ufficio per quanto attiene i procedimenti amministrativi precedenti alla fase giudiziale, che costringono, a volte inutilmente, il cittadino e lo stesso Stato a sostenere non indifferenti spese di giudizio.
Non è nello stile di questo Ufficio sollevare polemiche, ma non possiamo esimerci dal domandarci: che senso ha ingolfare i tribunali con questioni da tempo definite dalla consolidata giurisprudenza, quali la legittimazione passiva e la spettanza degli interessi per ritardato pagamento?

Tribunale di Ravenna Sezione Lavoro 24 marzo 2004; Tribunale di Pisa Sezione Lavoro 415/2003).

A sostegno della propria tesi il Ministero afferma che l'art. 123 del D. Lgs 112/98 ha sì mantenuto allo Stato le funzioni in materia di ricorsi per la corresponsione degli indennizzi, ma tale disposizione si intende riferita esclusivamente ai ricorsi amministrativi e non ai ricorsi giurisdizionali.

Tale norma secondo il Ministero sancirebbe il mantenimento delle funzioni amministrative del Ministero della Salute in relazione esclusivamente ai ricorsi amministrativi di cui all'art. 5 Legge 210/1992.

Sempre secondo il Ministero l'art. 2 del D.P.C.M. 26/05/2000 ha mantenuto a carico dello Stato soltanto gli oneri derivanti dal contenzioso riferito a fatti precedenti il trasferimento, ovvero come meglio specificato dal D.P.C.M. 08/01/2002 soltanto gli oneri derivanti dai ricorsi giurisdizionali concernenti le istanze di indennizzo trasmesse fino al 21/02/2001 all'ora Ministero della sanità.

Nel caso di specie essendo stata presentata l'istanza dopo il 21/02/2001 sussiste la legittimazione passiva della Regione Toscana.

Ci preme ora rammentare le ragioni divergenti quelle del Ministero della Salute e che di seguito andremo ad esporre.

L'art. 1 della legge 210/1992 individua quale soggetto passivo dell'obbligazione indennitaria de quo lo Stato, quando parla di "diritto ad un indennizzo da parte dello Stato".

Successivamente con il Decreto Legislativo n° 112/1998 tutte le funzioni ed i compiti amministrativi per la liquidazione dell'indennizzo ex legge 210/1992 venivano dallo Stato trasferite alle Regioni.

In particolare l'art. 114 del decreto legislativo 112/1998 stabiliva che spettano alle Regioni " *tutte le funzioni ed i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria (e tra questi anche le funzioni in materia di legge 210/1992), salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato*".

Mentre L'art. 4 dello stesso decreto legislativo n° 112/1998 prevedeva che " *relativamente alle funzioni ed ai compiti conferiti alle regioni e agli enti locali con il presente decreto legislativo, è conservato allo Stato il potere di indirizzo e coordinamento da esercitarsi ai sensi dell'art. 8 della legge 15 Marzo 1997, n°59*".

L'attribuzione dello Stato alle Regioni delle funzioni e dei compiti amministrativi non è sufficiente a modificare la titolarità passiva del debito, né a superare la naturale

coincidenza tra il soggetto passivo del rapporto obbligatorio ed il legittimato passivo, ma piuttosto tale attribuzione fa delle Regioni, cui sono state assegnate tali funzioni e compiti, un soggetto ausiliario del soggetto passivo del rapporto obbligatorio che è lo Stato.

Al riguardo occorre ricordare come in materia assistenziale sia tutt'altro che eccezionale la divaricazione tra la titolarità passiva del debito, da un lato, e l'assegnazione di compiti e funzioni ausiliarie e/o la qualità di *adiectus solutionis causa*, dall'altro.

Un esempio significativo è costituito proprio dal d. lgs. 112/1998 in materia di prestazioni assistenziali in favore di invalidi civili.

Inoltre, va ricordato che l'art. 123 dello stesso decreto legislativo, intitolato **contenzioso**, statuisce che " *sono conservate allo Stato le funzioni in materia di ricorsi per la corresponsione degli indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati*".

Nel caso in esame si verte pur sempre in materia di contenzioso avente come oggetto l'accertamento della sussistenza del diritto all'indennizzo ex legge 210/1992 e la condanna al pagamento di tale indennizzo.

Pertanto legittimato passivo è il Ministero della Salute.

L'art. 5 delle L. 210/1992 prevede che avverso il giudizio della Commissione Medico Ospedaliera è ammesso ricorso al Ministero della Sanità.

Ora, salvo diverse indicazioni normative, è in capo al soggetto competente a decidere i ricorsi amministrativi che vanno riconosciute la titolarità passiva del debito e la legittimazione passiva, in quanto ciò – la competenza a decidere i ricorsi amministrativi – è insuperabile indice dell'essere organo gerarchicamente superiore dell'ente cui l'ordinamento affida la cura dell'interesse sostanziale di cui si tratta. Indice, questo, senz'altro ben più significativo, al fine di individuare la titolarità passiva del debito, di quello consistente nell'assegnazione di funzioni e compiti amministrativi, vale a dire di natura ausiliaria.

Non è sufficiente invocare l'Accordo tra Governo e Regioni dell'08/08/2001 in base al quale sarebbero state conferite alle Regioni a decorrere dal 21/02/2001 le funzioni in materia di indennizzi ex legge 210/1992, perché si tratta di un atto a valenza politica, non normativa, che certamente non può derogare a quanto stabilito dall'art. 123 del D. Lgs 112/1998.

Con il D.P.C.M. del 26/05/2000 le Regioni venivano investite dei poteri inerenti le funzioni ed i compiti relativi alle competenze in materia sanitaria con il pieno passaggio delle risorse umane, finanziarie e strumentali a decorrere dal 01/01/2001, mentre all'art. 2 comma 4 del predetto D.P.C.M. era previsto che *“restano a carico dello Stato gli eventuali oneri derivanti dal contenzioso riferito a fatti precedenti il trasferimento”*.

Non vi è dubbio che sulla base di predetta norma il pagamento dell'indennizzo richiesto dalla ricorrente costituisca un onere derivante dal contenzioso“ riferito a fatti precedenti il trasferimento” delle funzioni in suddetta materia alle Regioni avendo l'appellato contratto l'epatite cronica a seguito di trasfusioni alle quali fu sottoposta nel.....

Né può tantomeno sostenersi il difetto di legittimazione passiva del Ministero della Salute sulla base dell'art. 3 comma 1 del D.P.C.M. dell'08/01/2002 per il quale *“restano a carico dello Stato, ai sensi dell'art. 2, comma 4, del D.P.C.M. del 26/05/2000, gli oneri a qualsiasi titolo derivanti dal contenzioso riferito a qualsiasi ricorso giurisdizionale concernenti le istanze di indennizzo trasmesse sino al 21 febbraio 2001 al Ministero della sanità, dalle aziende sanitarie locali”*.

Siamo infatti alla presenza di una fonte normativa di rango inferiore all'art. 123 decreto legislativo 112/98 e come tale inidonea a derogare alla previsione inequivoca di competenza dello stato.

Punto 2 - TARDIVITÀ della DOMANDA

Anche su l tema in questione le osservazioni del Ministero della salute sembrano a nostro parere in alcuni punti contraddittorie.

Difatti il Ministero nell'atto di appello prima afferma *“pur ammettendo la tempestività della istanza, dovrebbe procedersi alla correzione della motivazione della sentenza impugnata”*, successivamente *“Nel caso di specie se l'acquisto della consapevolezza dell'irreversibilità del danno epatico dovesse effettivamente essere fatto risalire al 1994. Quindi la domanda sarebbe stata tardiva”*.

E' evidente la contraddizione in cui cade il Ministero quando prima ammette la tempestività dell'istanza sostenendo che dovrebbe procedersi alla correzione della motivazione della sentenza e successivamente afferma che la domanda presentata dall'appellata sarebbe tardiva.

Riguardo ai termini entro cui l'istanza di indennizzo ex legge 210/1992 va presentata a pena di decadenza, il Ministero sostiene che *“per tutte le domande*

proposte dopo la modifica legislativa (il D.L. 344/96 e la L. 239/97), se trattasi di conoscenza dell'epatite post-trasfusionale acquisita anteriormente, deve trovare applicazione il termine triennale decorrente dalla data di entrata in vigore della novella".

Principio questo superato dalla Corte di Cassazione con la sentenza n°6500/2003 secondo cui *"per il caso di epatiti post-trasfusionali verificatesi prima delle modifiche introdotte dalla legge 238 del 1997 deve ritenersi operante l'ordinario termine di prescrizione decennale".*

Quindi sbaglia del tutto il Ministero quando afferma che: *"Nel caso di specie se l'acquisto della consapevolezza dell'irreversibilità del danno epatico dovesse effettivamente essere fatto risalire al 1994, come ritenuto dal giudice di primo grado, la domanda avrebbe dovuto essere proposta entro tre anni dalla data di entrata in vigore del D.L. 344/96, entrato in vigore il 03/07/1996. Quindi la domanda sarebbe stata tardiva".*

La domanda proposta dalla ricorrente nel mese di agosto del 2003 è stata proposta nei termini visto che avendo avuto la consapevolezza del danno nel 1994, prima quindi della entrata in vigore del DL. 344/1996, vige il termine di decadenza di dieci anni.

PUNTO 3 – INTERESSI LEGALI

Il Ministero della Salute ritiene inoltre di non essere tenuto a corrispondere gli interessi legali sulle somme erogate in ritardo a titolo di indennizzo ex legge 210/1992, pur in presenza di giurisprudenza in senso contrario della Suprema Corte (Cass. Civ. Sezione Lavoro 17047/2003).

A sostegno della sua tesi il Ministero afferma che i benefici corrisposti ex legge 210/1992 hanno natura non assistenziale bensì indennitaria e pertanto non risultano equiparabili alle fattispecie previste dall'art. 7 della legge 533 del 1973, pertinenti agli accessori su crediti relativi a prestazioni di previdenza e assistenza sociale obbligatoria.

E', invece, unanimemente, riconosciuta dalla giurisprudenza la natura assistenziale dell'indennizzo ex legge 210/1992 (in tal senso Cassazione Civile Sez. Lavoro 13923/2000, 6799/2002, 17047/2003, 7141/2003), il quale si configura come misura economica di sostegno collegata ad una situazione di menomazione obiettiva della salute derivante da una prestazione ospedaliera.

Peraltro proprio la mancanza di finalità risarcitoria vale a ricondurre tali controversie all'interno della competenza funzionale del giudice del lavoro, istituzionalmente preposto alle controversie assistenziali e previdenziali.

Non si tratta perciò di un emolumento erogato per riparare ad un torto e che debba essere collegato ad una qualche ipotesi di responsabilità (oggettiva e soggettiva) di strutture sanitarie.

Proprio perché prescinde del tutto dai presupposti della responsabilità civile l'indennizzo acquisisce dunque natura assistenziale collegata alla situazione obiettiva di menomazione dello stato di salute in cui si trova il beneficiario.

Per cui in caso di ritardo nel pagamento di tale indennizzo il Ministero della salute è tenuto al pagamento anche degli interessi legali configurandosi la *mora debendi* della Pubblica Amministrazione ex art. 7 legge 533/ 1973.

RIVALUTAZIONE MONETARIA DELL'INDENNIZZO:TASSO DI INFLAZIONE PROGRAMMATO (TIP) E INDICE ISTAT

Il Ministero della Salute, come è noto, effettua la sola rivalutazione della voce *indennizzo in senso stretto* sulla base del TIP (tasso annuo di inflazione programmato), omettendo di effettuare la rivalutazione monetaria della voce *indennità integrativa speciale*, altra componente dell'indennizzo ex legge 210/1992. Dopo la sentenza n° 15894/2005 della Cassazione Civile che ha affermato il principio che il Ministero deve provvedere alla rivalutazione monetaria anche della voce "*indennità integrativa speciale*", si è verificato un aumento esponenziale dei ricorsi giurisdizionali presentati dai cittadini dinanzi ai vari Tribunali – Sezione Lavoro – contenenti le richieste di rivalutazione monetaria dell'intera voce indennizzo. La risoluzione di tale problematica non va demandata ai Tribunali, che rischierebbero la paralisi a seguito delle migliaia e migliaia di ricorsi giudiziari depositati, ma spetta alla politica .

Tra le proposte di legge all'esame del Parlamento per la modifica della legge 210/1992 vi è anche quella (Camera N.1523) che prevede la rivalutazione monetaria della intera voce dell'indennizzo ex legge 210/1992, presentata da alcuni parlamentari a seguito dell'incontro tenutosi in Consiglio Regionale della Toscana il 15 luglio 2006 con il Difensore Civico della Toscana.

Nel corso di questi anni il TIP è stato di gran lunga inferiore al tasso di inflazione reale come è possibile verificare dalle tabella a fianco riportata e quelle di seguito riprodotte, ciò ha comportato una ulteriore erosione in termine reali del valore monetario dell'indennizzo ex legge 210/1992.¹

Tabella raffigurante il confronto fra il TIP e l'indice ISTAT		
ANNO	TIP %	ISTAT %
1995	3,5	5,4
1996	2,5	3,9
1997	1,8	1,7
1998	1,5	1,8
1999	1,2	1,6
2000	1,7	2,6
2001	1,7	2,7
2002	1,4	2,4
2003	1,7	2,5
2004	1,6	2,0
2005	1,7	1,7
2006		

¹ Le tabelle nelle pagine seguenti sono state fornite dall'avv. Antonio Lo Russo di Foggia

Come risulta evidente il TIP è inferiore al tasso di inflazione riscontrato periodicamente dall'ISTAT che rileva l'andamento dell'inflazione nel nostro paese; per cui la rivalutazione della intera voce indennizzo basata sul TIP non determinerebbe l'adeguamento dell'indennizzo al reale andamento della inflazione nel nostro paese.

Ed è per tale motivo che questo Ufficio ha proposto, tramite la proposta di legge avanti citata, l'adeguamento dell'intero indennizzo al tasso di inflazione rilevato dall'ISTAT.

Quindi è auspicabile che il legislatore nel modificare la legge 210/1992 oltre a prevedere la rivalutazione monetaria anche della indennità integrativa speciale, stabilisca che l'indennizzo 210/92 debba essere rivalutato non più sulla base del tasso annuo di inflazione programmato ma sulla base delle variazioni percentuali annuali dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati riscontrati dall'ISTAT.

Tutto quanto finora affermato risulta ancor più evidente da un raffronto tra le tabelle che di seguito si riportano:

- a) La prima tabella contenente gli indennizzi effettivamente pagati nel corso di questi anni dal Ministero della Salute²;
- b) la seconda contenente gli indennizzi che il Ministero della Salute avrebbe dovuto pagare se avesse provveduto alla rivalutazione anche della indennità integrativa speciale sulla base del TIP₂;
- c) la terza contenente gli indennizzi che il Ministero della Salute avrebbe dovuto pagare se avesse provveduto alla rivalutazione non solo dell'indennizzo in senso stretto ma anche della indennità integrativa speciale sulla base del tasso annuo di inflazione ISTAT³.

² [Queste due tabelle risultano indispensabili per coloro che intendono adire le vie legali](#)

a) TABELLE EFFETTIVAMENTE PAGATE DAL MINISTERO DELLA SALUTE

1995	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7285,96	1214,33	607,16	19,96
	SECONDA	7174,41	1195,74	597,87	19,66
	TERZA	7063,63	1177,27	588,64	19,35
	QUARTA	7952,34	1158,72	579,36	19,05
	QUINTA	6840,78	1140,13	570,07	18,74
	SESTA	6729,23	1121,54	560,77	18,44
	SETTIMA	6617,92	1102,99	551,49	18,13
	OTTAVA	6506,37	1084,39	542,20	17,83

1996	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7324,95	1220,83	610,41	20,07
	SECONDA	7209,49	1201,58	600,70	19,75
	TERZA	7094,83	1182,47	591,23	19,44
	QUARTA	6979,64	1163,27	581,64	19,12
	QUINTA	6864,18	1144,03	572,02	18,80
	SESTA	6748,73	1124,79	562,40	18,49
	SETTIMA	6633,53	1105,59	552,79	18,17
	OTTAVA	6518,07	1086,35	543,17	17,86

1997	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7353,78	1225,63	612,81	20,15
	SECONDA	7235,43	1205,91	602,95	19,82
	TERZA	7117,90	1186,32	593,16	19,50
	QUARTA	6999,83	1166,64	583,82	19,18
	QUINTA	6881,49	1146,92	573,46	18,86
	SESTA	6763,15	1127,19	563,59	18,53
	SETTIMA	6645,07	1107,51	553,76	18,21
	OTTAVA	6526,73	1087,79	543,90	17,88

1998	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7375,04	1229,17	614,59	20,20
	SECONDA	7254,59	1209,10	604,55	19,87
	TERZA	7134,91	1189,15	594,58	19,555
	QUARTA	7014,74	1169,12	584,56	19,22
	QUINTA	6894,27	1149,04	574,52	19,89
	SESTA	6773,79	1128,96	564,48	18,56
	SETTIMA	6653,59	1108,93	554,47	18,23
	OTTAVA	6533,11	1088,85	544,43	17,90

1999	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7393,10	1232,18	616,09	20,26
	SECONDA	7270,82	1211,80	605,90	19,92
	TERZA	7149,39	1191,56	595,78	19,59
	QUARTA	7027,39	1171,23	585,62	19,25
	QUINTA	6905,08	1150,85	575,43	18,92
	SESTA	6782,80	1130,47	565,24	18,58
	SETTIMA	6660,81	1110,13	555,07	18,25
	OTTAVA	6538,53	1089,76	544,88	17,92

3

Questa tabella risulta utile per valutare la effettiva incidenza delle modifiche inserite nella proposta di legge n. 1523 presentata alla Camera nel 2006.

2000	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7407,75	1234,63	617,31	20,30
	SECONDA	7284,00	1214,00	607,00	19,96
	TERZA	7161,10	1193,52	596,76	19,62
	QUARTA	7037,64	1172,94	586,47	19,28
	QUINTA	6913,89	1152,32	576,16	18,94
	SESTA	6790,14	1131,69	565,85	18,60
	SETTIMA	6666,67	1111,11	555,56	18,27
	OTTAVA	6542,93	1090,49	545,24	17,93

2001	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7428,76	1238,12	619,06	20,35
	SECONDA	7302,90	1217,15	608,58	20,01
	TERZA	7177,92	1196,32	598,16	19,67
	QUARTA	7052,37	1175,39	587,70	19,32
	QUINTA	6926,51	1154,42	577,21	18,97
	SESTA	6800,66	1133,44	566,72	18,63
	SETTIMA	6675,09	1112,51	556,26	18,29
	OTTAVA	6549,23	1091,53	545,77	17,94

2002	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7450,12	1241,69	620,84	20,41
	SECONDA	7322,11	1220,35	610,18	20,06
	TERZA	7195,00	1199,17	599,59	19,71
	QUARTA	7067,33	1177,89	588,95	19,36
	QUINTA	6939,32	1156,55	578,28	19,01
	SESTA	6811,34	1135,22	567,61	18,66
	SETTIMA	6683,61	113,94	556,97	18,31
	OTTAVA	655,64	1092,61	546,30	17,96

2003	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7468,02	1244,67	622,34	20,46
	SECONDA	7338,18	1223,03	611,52	20,10
	TERZA	7209,36	1201,56	600,78	19,75
	QUARTA	7079,88	1179,98	589,99	19,40
	QUINTA	6950,10	1158,35	579,18	19,04
	SESTA	6820,26	1136,71	568,36	18,69
	SETTIMA	6690,78	1115,13	557,57	18,33
	OTTAVA	6561,06	1093,51	546,76	17,98

2004	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7490,04	1248,34	624,17	20,52
	SECONDA	7357,98	1226,33	613,17	20,16
	TERZA	7227,00	1204,50	602,25	19,80
	QUARTA	7095,30	1182,55	591,28	19,44
	QUINTA	6963,30	1160,55	580,28	19,08
	SESTA	6831,30	1138,55	569,28	18,72
	SETTIMA	6699,60	1116,60	558,30	18,36
	OTTAVA	6567,66	1094,61	547,31	17,99

2005	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7511,13	1251,86	625,93	20,58
	SECONDA	7377,03	1229,51	614,75	20,21
	TERZA	7243,86	1207,31	603,66	19,85
	QUARTA	7110,08	1185,01	592,51	19,48
	QUINTA	6975,97	1162,66	581,33	19,11
	SESTA	6841,87	1140,31	570,16	18,74
	SETTIMA	6708,05	1118,01	559,00	18,38
	OTTAVA	6573,95	1095,66	547,83	18,01

2006	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7533,90	1255,65	627,83	20,64
	SECONDA	7397,53	1232,92	616,46	20,27
	TERZA	7262,08	1210,35	605,17	19,90
	QUARTA	7126,03	1187,67	593,84	19,52
	QUINTA	6989,64	1164,94	582,47	19,15
	SESTA	6853,26	1142,21	571,11	18,78
	SETTIMA	6717,17	1119,53	559,76	18,40
	OTTAVA	6580,79	1096,80	548,40	18,03

2007	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7561,14	1260,19	630,10	20,72
	SECONDA	7422,04	1237,01	618,50	20,33
	TERZA	7283,88	1213,98	606,99	19,96
	QUARTA	7145,11	1190,85	595,43	19,58
	QUINTA	7005,99	1167,67	583,83	19,19
	SESTA	6866,89	1144,48	572,24	18,81
	SETTIMA	6728,07	1121,35	560,67	18,43
	OTTAVA	6588,97	1098,16	549,08	18,05

b) TABELLE CALCOLANDO LA VARIAZIONE TIP SU TUTTO L'INDENNIZZO

1995	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7285,96	1214,33	607,17	19,96
	SECONDA	7174,41	1195,74	597,87	19,66
	TERZA	7063,63	1177,27	588,64	19,35
	QUARTA	6952,34	1158,72	579,36	19,05
	QUINTA	6840,78	1140,13	570,07	18,74
	SESTA	6729,22	1121,54	560,77	18,44
	SETTIMA	6617,93	1102,99	551,50	18,13
	OTTAVA	6506,37	1084,40	542,20	17,83

1996	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7540,99	1256,83	628,42	20,66
	SECONDA	7425,51	1237,59	618,80	20,34
	TERZA	7310,86	1218,48	609,24	20,03
	QUARTA	7195,67	1199,28	599,64	19,71
	QUINTA	7080,21	1180,04	590,02	19,40
	SESTA	6964,74	1160,79	580,40	19,08
	SETTIMA	6849,56	1141,59	570,80	18,77
	OTTAVA	6734,09	1122,35	561,18	18,45

1997	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7729,51	1288,25	644,13	21,18
	SECONDA	7611,15	1268,53	634,27	20,85
	TERZA	7493,63	1248,94	624,47	20,53
	QUARTA	7375,56	1229,26	614,63	20,21
	QUINTA	7257,22	1209,54	604,77	19,88
	SESTA	7138,86	1189,81	594,91	19,56
	SETTIMA	7020,80	1170,13	585,07	19,24
	OTTAVA	6902,44	1150,41	575,21	18,91

1998	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7868,64	1311,44	655,72	21,56
	SECONDA	7748,15	1291,36	645,68	21,23
	TERZA	7628,52	1271,42	635,71	20,90
	QUARTA	7508,32	1251,39	625,70	20,57
	QUINTA	7387,85	1231,31	615,66	20,24
	SESTA	7267,36	1211,23	605,62	19,91
	SETTIMA	7147,17	1191,20	595,60	19,58
	OTTAVA	7026,68	1171,11	585,56	19,25

1999	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7986,67	1331,11	665,56	21,88
	SECONDA	7864,37	1310,73	655,37	21,55
	TERZA	7742,95	1290,49	645,25	21,21
	QUARTA	7620,94	1270,16	635,08	20,88
	QUINTA	7498,67	1249,78	624,89	20,54
	SESTA	7376,37	1229,40	614,70	20,21
	SETTIMA	7254,38	1209,06	604,53	19,88
	OTTAVA	7132,08	1188,68	594,34	19,54

2000	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8082,51	1347,09	673,55	22,14
	SECONDA	7958,74	1326,46	663,23	21,80
	TERZA	7835,87	1305,98	652,99	21,47
	QUARTA	7712,39	1285,40	642,70	21,13
	QUINTA	7588,65	1264,78	632,39	20,79
	SESTA	7464,89	1244,15	622,08	20,45
	SETTIMA	7341,43	1223,57	611,79	20,11
	OTTAVA	7217,66	1202,94	601,47	19,77

2001	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8219,91	1369,99	685,00	22,52
	SECONDA	8094,04	1349,01	674,51	22,18
	TERZA	7969,08	1328,18	664,09	21,83
	QUARTA	7843,50	1307,25	653,63	21,49
	QUINTA	7717,66	1286,28	643,14	21,14
	SESTA	7591,79	1265,30	632,65	20,80
	SETTIMA	7466,23	1244,37	622,19	20,46
	OTTAVA	7340,36	1223,39	611,70	20,11

2002	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8359,65	1393,28	696,64	22,90
	SECONDA	8231,64	1371,94	685,97	22,55
	TERZA	8104,55	1350,76	675,38	22,20
	QUARTA	7976,84	1329,47	664,74	21,85
	QUINTA	7848,86	1308,14	654,07	21,50
	SESTA	7720,85	1286,81	643,41	21,15
	SETTIMA	7593,16	1265,53	632,77	20,80
	OTTAVA	7465,15	1244,19	622,10	20,45

2003	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8476,69	1412,78	706,39	23,22
	SECONDA	8346,88	1391,15	695,58	22,87
	TERZA	8218,01	1369,67	684,84	22,52
	QUARTA	8088,52	1348,09	674,05	22,16
	QUINTA	7958,74	1326,46	663,23	21,80
	SESTA	7828,94	1304,82	652,41	21,45
	SETTIMA	7699,46	1283,24	641,62	21,09
	OTTAVA	7569,66	1261,61	630,81	20,74

2004	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8620,79	1436,80	718,40	23,62
	SECONDA	8488,78	1414,80	707,40	23,26
	TERZA	8357,72	1392,95	696,48	22,90
	QUARTA	8226,02	1371,00	685,50	22,54
	QUINTA	8094,04	1349,01	674,51	22,18
	SESTA	7962,03	1327,01	663,51	21,81
	SETTIMA	7830,35	1305,06	652,53	21,45
	OTTAVA	7698,34	1283,06	641,53	21,09

2005	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8758,72	1459,79	729,90	24,00
	SECONDA	8624,60	1437,43	718,72	23,63
	TERZA	8491,44	1415,24	707,62	23,26
	QUARTA	8357,64	1392,94	696,47	22,90
	QUINTA	8223,54	1370,59	685,30	22,53
	SESTA	8089,42	1348,24	674,12	22,16
	SETTIMA	7955,64	1325,94	662,97	21,80
	OTTAVA	7821,51	1303,59	651,80	21,43

2006	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8907,62	1484,60	742,30	24,40
	SECONDA	8771,22	1461,87	730,94	24,03
	TERZA	8635,79	1439,30	719,65	23,66
	QUARTA	8499,72	1416,62	708,31	23,29
	QUINTA	8363,34	1393,89	696,95	22,91
	SESTA	8226,94	1371,16	685,58	22,54
	SETTIMA	8090,89	1348,48	674,24	22,17
	OTTAVA	7954,48	1325,75	662,88	21,79

2007	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	9085,77	1514,30	757,15	24,89
	SECONDA	8946,64	1491,11	745,56	24,51
	TERZA	8808,51	1468,09	734,05	24,13
	QUARTA	8669,71	1444,95	722,48	23,75
	QUINTA	8530,61	1421,77	710,89	23,37
	SESTA	8391,48	1398,58	699,29	22,99
	SETTIMA	8252,71	1375,45	687,73	22,61
	OTTAVA	8113,57	1352,26	676,13	22,23

c) TABELLE CALCOLANDO LA VARIAZIONE ISTAT SU L'INTERO INDENNIZZO

1995	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7285,96	1214,33	607,17	19,96
	SECONDA	7174,41	1195,74	597,87	19,66
	TERZA	7063,63	1177,27	588,64	19,35
	QUARTA	6952,34	1158,72	579,36	19,05
	QUINTA	6840,78	1140,13	570,07	18,74
	SESTA	6729,22	1121,54	560,77	18,44
	SETTIMA	6617,93	1102,99	551,50	18,13
OTTAVA	6506,37	1084,40	542,20	17,83	

1996	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7679,42	1279,90	639,95	21,04
	SECONDA	7561,83	1260,30	630,15	20,72
	TERZA	7445,07	1240,85	620,43	20,40
	QUARTA	7327,77	1221,30	610,65	20,08
	QUINTA	7210,18	1201,70	600,85	19,75
	SESTA	7092,60	1182,10	591,05	19,43
	SETTIMA	6975,30	1162,55	581,28	19,11
OTTAVA	6857,71	1142,95	571,48	18,79	

1997	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	7978,92	1329,82	664,91	21,86
	SECONDA	7856,74	1309,46	654,73	21,53
	TERZA	7735,43	1289,24	644,62	21,19
	QUARTA	7613,55	1268,93	634,47	20,86
	QUINTA	7491,38	1248,56	624,28	20,52
	SESTA	7369,21	1228,20	614,10	20,19
	SETTIMA	7247,34	1207,89	603,95	19,86
OTTAVA	7125,16	1187,53	593,77	19,52	

1998	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8114,56	1352,42	676,21	22,23
	SECONDA	7990,30	1331,72	665,86	21,89
	TERZA	7866,93	1311,16	655,58	21,55
	QUARTA	7742,98	1290,50	645,25	21,21
	QUINTA	7618,73	1269,79	634,90	20,87
	SESTA	7494,49	1249,08	624,54	20,53
	SETTIMA	7370,54	1228,42	614,21	20,19
OTTAVA	7246,29	1207,72	603,86	19,85	

1999	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8260,62	1376,77	688,38	22,63
	SECONDA	8134,13	1355,68	677,84	22,29
	TERZA	8008,53	1334,76	667,38	21,94
	QUARTA	7882,35	1313,73	656,87	21,60
	QUINTA	7755,87	1292,65	646,33	21,25
	SESTA	7629,39	1271,57	635,79	20,90
	SETTIMA	7503,21	1250,54	625,27	20,56
OTTAVA	7376,72	1229,45	614,73	20,21	

2000	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8392,79	1398,79	699,39	22,99
	SECONDA	8264,28	1377,38	688,69	22,64
	TERZA	8136,67	1356,11	678,06	22,29
	QUARTA	8008,47	1334,75	667,38	21,94
	QUINTA	7879,96	1313,33	656,67	21,59
	SESTA	7751,46	3875,73	1937,87	21,24
	SETTIMA	7623,26	1270,54	635,27	20,89
	OTTAVA	7494,75	1249,13	624,57	20,53

2001	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8611,00	1435,16	717,58	23,59
	SECONDA	8479,15	1413,19	706,59	23,23
	TERZA	8348,22	1391,37	695,69	22,87
	QUARTA	8216,69	1369,45	684,73	22,51
	QUINTA	8084,84	1347,47	673,74	22,15
	SESTA	7953,00	1325,50	662,75	21,79
	SETTIMA	7821,46	1303,58	651,79	21,43
	OTTAVA	7689,61	1281,60	640,80	21,07

2002	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	8843,50	1473,91	736,95	24,23
	SECONDA	8708,09	1451,34	725,67	23,86
	TERZA	8573,62	1428,94	714,47	23,49
	QUARTA	8438,54	1406,42	703,21	23,12
	QUINTA	8303,13	1383,86	691,93	22,75
	SESTA	8167,73	1361,29	680,65	22,38
	SETTIMA	8032,64	1338,77	669,39	22,01
	OTTAVA	7897,23	1316,21	658,11	21,64

2003	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	9055,74	1509,29	754,64	24,81
	SECONDA	8917,08	1486,18	743,09	24,43
	TERZA	8779,39	1463,23	731,62	24,05
	QUARTA	8641,06	1440,18	720,09	23,67
	QUINTA	8502,41	1417,07	708,54	23,29
	SESTA	8363,76	1393,96	696,98	22,91
	SETTIMA	8225,42	1370,90	685,45	22,54
	OTTAVA	8086,76	1347,79	673,90	22,16

2004	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	9282,13	1547,02	773,51	25,43
	SECONDA	9140,01	1523,33	761,66	25,04
	TERZA	8998,87	1499,81	749,91	24,65
	QUARTA	8857,09	1476,18	738,09	24,27
	QUINTA	8714,97	1452,50	726,25	23,88
	SESTA	8572,85	1428,81	714,41	23,49
	SETTIMA	8431,06	1405,18	702,59	23,10
	OTTAVA	8288,93	1381,49	690,75	22,71

2005	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	9467,77	1577,96	788,98	25,94
	SECONDA	9322,81	1553,80	776,90	25,54
	TERZA	9178,85	1529,81	764,91	25,15
	QUARTA	9034,23	1505,71	752,86	24,75
	QUINTA	8889,27	1481,55	740,78	24,35
	SESTA	8744,31	1457,39	728,70	23,96
	SETTIMA	8599,68	1433,28	716,64	23,56
	OTTAVA	8454,71	1409,12	704,56	23,16

2006	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	9628,72	1604,78	802,39	26,38
	SECONDA	9481,30	1580,21	790,10	25,98
	TERZA	9334,89	1555,81	777,91	25,58
	QUARTA	9187,81	1531,30	765,65	25,17
	QUINTA	9040,39	1506,73	753,37	24,77
	SESTA	8892,96	1482,16	741,08	24,36
	SETTIMA	8745,87	1457,65	728,83	23,96
	OTTAVA	8598,44	1433,07	716,54	23,58

2007	CATEGORIA	ANNUALE	BIMESTRALE	MENSILE	GIORNALIERO
	PRIMA	9821,29	1636,88	818,44	26,91
	SECONDA	9670,93	1611,82	805,91	26,50
	TERZA	9521,59	1586,93	793,47	26,09
	QUARTA	9371,57	1561,93	780,97	25,68
	QUINTA	9221,20	1536,87	768,44	25,26
	SESTA	9070,82,	1511,80	755,90	24,85
	SETTIMA	8920,79	1486,80	743,40	24,44
	OTTAVA	8770,41	1461,74	730,87	24,03

SENTENZA DELLA CORTE DI CASSAZIONE CIVILE N: 10214 DEL 04/05/2007

Come già precisato nella premessa di questo capitolo, mentre andiamo in stampa ci è pervenuta una recentissima sentenza della Corte di Cassazione, con la quale viene rigettato il ricorso promosso dal Ministero della salute avverso la sentenza della Corte di appello di Firenze (n. 116 del 13 febbraio – R.G.N. 1884/2003) che aveva rigettato l'impugnazione da parte dello stesso Ministero e confermato la sentenza di primo grado del Tribunale di Arezzo, la quale aveva ritenuto **sussistente il diritto del soggetto affetto da HCV a percepire l'indennizzo ex legge 210/92, pur senza sintomi e pregiudizi attuali**, dovendosi intendere il richiamo alla tabella A annessa al D.P.R. n. 834 del 1981 quale prescrizione dei criteri di massima finalizzati alla liquidazione.

Abbiamo ritenuto utile pubblicare questa sentenza in quanto apre importanti spazi per molti cittadini che pur avendo riconosciuto il nesso causale tra trasfusione ed infezione, non è stato concesso alcune indennizzo. Agli stessi, ove non fossero più nei termini per adire le vie legali, si consiglia, comunque, di proporre domanda amministrativa di aggravamento per dare avvio ad un nuovo procedimento.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

La Corte di appello di Firenze, con sentenza sopra specificata, ha rigettato l'impugnazione del Ministero della salute e confermato la decisione del Tribunale di Arezzo, di accoglimento della domanda proposta da..... per l'accertamento del diritto all'indennizzo spettante ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati, di cui alla L.25 febbraio 1992 , n. 210, nella misura corrispondente all'ottava categoria della tabella A allegata al D.P.R. n. 834 del 1981.

La.....risultava affetta da HCV a seguito di trasfusioni, ma senza sintomi e pregiudizi funzionali attuali (c.d. epatite silente).

Ad avviso del Ministero non sussisteva in questo caso il danno irreversibile richiesto per il diritto all'indennizzo nella misura corrispondente alle categorie di cui alla tabella A allegata al D.P.R. n.834 del 1981.

La tesi dell'amministrazione appellante è stata disattesa dalla Corte di Firenze, sul rilievo che il diritto alla prestazione assistenziale si collega al fatto della lesione della salute, determinata dalla stato infettivo e indipendentemente dall'attualità di pregiudizi funzionali; ha aggiunto che, comunque, il pregiudizio dell'integrità fisica era rappresentato dal regime di vita che l'epatite costringeva ad osservare (controlli ripetuti ed alimentazione).

La cassazione della sentenza è domandata dal Ministero della salute con ricorso per un unico motivo, al quale resiste con controricorso.....

Entrambe le parti hanno depositato memoria ai sensi dell'art. 378 c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con l'unico motivo di ricorso è denunciata violazione e falsa applicazione della L.n. 210 del 1992, art. 1, perché, i danni irreversibili, necessari per l'attribuzione dell'indennizzo, devono rientrare nelle categorie di patologie previste dalle tabelle ministeriale, quindi, nella specie, l'epatopatia attiva e non la semplice presenza del virus e la positività al test, in fattispecie nella quale era stato pacificamente accertata l'insussistenza di menomazione della funzionalità epatica, con valori enzimatici nei limiti della norma; si deduce che, non trattandosi di risarcimento del danno, erroneamente la sentenza impugnata aveva fatto riferimento al danno biologico, o alla vita di relazione, o alla vita di relazione, in contrasto con i principi desumibili dalla giurisprudenza costituzionale (decisioni n. 307/1990, 118/1996, 27/1998 e 423/2000).

La corte giudica il ricorso infondato.

Ai sensi della L.25 febbraio 1992, n. 210, art.1, comma 1, chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla legge; lo stesso indennizzo spetta, ai sensi del comma 2, ai soggetti contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati, nonché agli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psicofisica conseguenti a infezione contratta a seguito di

contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV. Gli stesi benefici spettano, ai sensi del comma 3, a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.

Dispone l'art. 2, comma 1, della stessa legge, l'indennizzo di cui all'art. 1, comma 1, costituisce in un assegno, reversibile per quindici anni, determinato nella misura di cui alla tabella B. allegata alla L. 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dalla L. 2 maggio 1984, n.111, art. 8.

Secondo, infine le previsioni recate dall'art. 4, gli organi tecnici competenti, nell'esprimere il giudizio sanitario sul nesso causale tra vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e la menomazione dell'integrità psico-fisica o la morte, esprimono anche il giudizio di classificazione delle lesioni e delle infermità secondo la tabella A annessa a testo unico approvato con D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915, come sostituita dalla tabella A allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981 n. 834 (comma 4).

Viene, quindi, richiamata la disciplina del trattamento pensionistico privilegiato ai fini della determinazione dell'indennizzo e, secondo la tesi dell'amministrazione ricorrente, il necessitato riferimento alla tabella A non consentirebbe di riconoscere l'indennizzo per le menomazioni di entità tale da non poter essere ascritte ad alcuna delle categorie previste nella suddetta tabella. Essendo, infatti, escluso un qualsiasi riferimento alla tabella B, si dovrebbe dedurre che il legislatore abbia voluto introdurre una franchigia superiore a quella prevista dalle norme che disciplinano le infermità dipendenti da causa di servizio, facendo, in tema di valutazione del danno all'integrità psico-fisica, esplicito riferimento al parametro della c.d. capacità lavorativa generica.

La tesi non può essere condivisa perché i suoi esiti contrastano con gli obiettivi "solidaristici" che la stessa normativa si era prefissati e che la giurisprudenza della Corte costituzionale ha precisato.

Va certamente ribadito, in linea con le argomentazioni dell'amministrazione ricorrente, che l'indennizzo ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati, di cui alla L.25 febbraio 1992, n. 210, ha natura non già risarcitoria, bensì assistenziale in senso lato, riconducibile agli artt. 2 e 32 Cost., ed alle postazioni poste a carico dello Stato in ragione del dovere di solidarietà sociale, cosicché ben può discostarsi, nella misura, dall'integrale risarcimento dei danni sofferti in conseguenza del contagio, ottenibile nella sussistenza di una fattispecie di illecito civile (vedi Cass. 9 maggio 2003, n.7141; 26 luglio 2005, n.15611).

Ed infatti la Corte costituzionale, più volte chiamata a pronunciarsi su asseriti profili di incostituzionalità della L. n. 210 del 1992, con sentenza del 26 febbraio 1998, n. 27, poi richiamata in altre decisioni, ha affermato (punto 4.2) che il legislatore ha un'ampia discrezionalità quanto alla misura dell'indennizzo ed è abilitato, "nelle determinazioni volte a predisporre i mezzi necessari a far fronte alle obbligazioni dello Stato nella materia dei cosiddetti diritti sociali, a compiere gli apprezzamenti necessari a comporre nell'equilibrio del bilancio le scelte di compatibilità e di relativa priorità nelle quali si sostanziano le politiche sociali dello Stato". Con successiva sentenza n. 38 del 2002 la stessa Corte dichiarata "infondata la questione legittimità costituzionale di articoli della stessa legge, nella parte in cui ostano, in caso di danno alla salute derivante da vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica, al riconoscimento dell'assegno di superinvalidità previsto dalla tabella E allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, m. 834, in favore degli invalidi o per cause belliche o connesse alla guerra – ha ribadito (punto 2.2) che "l'intervento pubblico in questione deriva, da un punto di vista costituzionale, da un obbligo dello Stato non strettamente commisurato al danno subito". E tuttavia, compete al giudice delle leggi – ha aggiunto la stessa Corte nella citata sentenza n. 27 del 1998 – garantire la misura minima essenziale di protezione delle situazioni soggettive che la Costituzione qualifica come diritti.

Alla luce di questa, fondamentale, considerazione, vanno valutate le altre indicazioni della giurisprudenza costituzionale, che, nel ribadire costantemente la differenza tra l'indennizzo in questione e il risarcimento da fatto illecito, precisano che l'intervento di solidarietà sociale si deve tradurre in una misura indennitaria non soltanto "equa" rispetto al danno

(C. Cost. 307 del 1990 e n. 118 del 1996), ma che tenga conto anche “di tutte le componenti del danno stesso (C:cost. n. 307 del 1990 e n. 38 del 2002, cit.).

E' in questa prospettiva che la stessa Corte costituzionale ha constatato che i criteri di determinazione della misura dell'indennizzo, nelle diverse ipotesi previste dal legislatore del 1992, non sono i più congrui tra quelli cui il legislatore medesimo avrebbe potuto fare riferimento.

La L. n. 210 del 1992, art. 2, comma 1, in particolare, si limita infatti a fare un mero e globale rinvio, per il calcolo dell'indennizzo, a quanto previsto da una tabella che ha riguardo al trattamento pensionistico privilegiato di appartenenti alle Forze Armate, per le ipotesi di infermità o malattie derivanti da cause di servizio e, dunque, ad ipotesi distanti da quelle in relazione alle quali nasce il diritto all'indennizzo. Il rilievo ha indotto la stessa Corte a sollecitare ripetutamente il legislatore a dettare una nuova disciplina, specificatamente determinata in relazione alle esigenze di normazione proprie della delicata materia (C. cost. n. 423 del 2000 e n. 38 del 2002, cit.).

Pertanto, la doverosa interpretazione in senso costituzionalmente orientato dalla normativa conduce a ritenere che il danno alla salute – e non già l'incapacità lavorativa generica - rappresenta l'unità di misura che deve poter esser applicata al fine del riconoscimento dell'indennizzo. Non avrebbe senso, infatti, fare riferimento alla lesione alla salute e misurare l'entità delle conseguenze che da essa derivano sulla base della riduzione della capacità lavorativa o altri criteri ancorati all'attitudine a produrre reddito, dovendosi, invece affermare l'identità concettuale tra menomazione dell'integrità psico-fisica, espressamente richiamata nella normativa dell'indennizzo, e danno biologico in senso naturalistico, inteso cioè in senso stretto, come menomazione dell'integrità psicofisica in sé e per sé considerata, quale parametro certo, immediato ed universale, dal momento che lo stesso evento lesivo produce un eguale pregiudizio alla persona per tutti li esseri umani, con la conseguenza che il metodo di valutazione del danno deve tenere conto dell'insensibilità rispetto ai profili reddituali. I dati di diritto positivo, del resto, confortano l'interpretazione accolta. La norma fondamentale della L. n. 210 del 1992, art. 1, comma 1, nel suo riferimento a lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, esprime chiaramente il concetto di danno alla salute, secondo la definizione dell'art. 32 Cost.

La tabella A annessa al T.U., come modificato dal D.P.R. n. 834 del 1981, non comprende – ovvero vi annette scarsa considerazione – i deficit funzionali degli organi interni, nè riporta patologie o condizioni comunque invalidanti che sarebbero state definite solo alcuni anni più tardi, come, ad esempio, l'infezione da HIV. Questo significa, con specifico riguardo al caso in specie, che, ove si fosse riscontrata epatopatia attiva, il diritto all'indennizzo, garantito certamente dall'art. 1 della legge, sarebbe stato determinato applicando la tabella A esclusivamente come parametro e generico criterio guida.

Conclusivamente, la lettura costituzionalmente orientata della normativa di tutela, nel senso che l'indennizzo, pur non compatibile con il risarcimento del danno, è dovuto in tutti i casi di lesione permanente dell'integrità psico-fisica, cioè della salute come tale, indipendentemente dall'incidenza sulla capacità di produzione di reddito, conduce a ritenere sussistente il diritto a percepirlo del soggetto affetto da contagio HCV (sicuramente danno permanente alla salute), per senza sintomi e pregiudizi funzionali attuali, dovendosi intendere il richiamo alla tabella A annessa al DPR n. 834 del 1981 quale prescrizione dei criteri di massima finalizzati alla liquidazione.

La novità della questione induce a compensare per giusti motivi le spese del giudizio di cassazione.

La corte rigetta il ricorso, compensa le spese del giudizio di cassazione.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della sezione Lavoro, il 16 gennaio 2007
Depositato in Cancelleria il 4 maggio 2007.

14 GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI

Ab
Anticorpo

Ag
Antigene

AGGRAVAMENTO

Evoluzione peggiorativa della malattia che per quanto riguarda la materia dà diritto alla richiesta di danno ascrivibile a un categoria superiore.

AIDS (*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*)

sindrome da immunodeficienza acquisita (da cui anche la sigla SIDA, meno usata). Malattia in cui è implicato il virus HIV-1. Con D.L.:30 ottobre 1987, n. 433, convertito con legge 29 dicembre 1987, n. 531 sono stati resi obbligatori i test virologici su ogni unità di sangue donata

ALGIA

Dolore localizzato, perlopiù senza alterazioni evidenti della regione interessata. Assume significato in molti termini come: otalgia (dolore all'orecchio), nevralgia (dolore ascrivito a un nervo), mialgia (dolore muscolare, quello che assume rilevanza in questa ricerca).

ALT (o SGPT),

Enzima del gruppo delle transaminasi. L'ALT è presente soprattutto nel fegato, perciò è un indice più sensibile dell'analogo AST per la diagnosi di danno epatico.

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Figura introdotta dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6, che si affianca al tutore per aiutare il suo assistito, nel rispetto dei suoi bisogni, aspirazioni e limiti, in maniera temporanea o permanente, nel caso di persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento degli atti quotidiani della vita. La nomina viene fatta dal giudice tutelare. L'interdizione e l'inabilitazione non sono più obbligatorie, ma, ai sensi dell'art. 4 della citata legge, sono divenuti discrezionali attivabili solo nei casi di particolare evidenza o necessità. In abito legge 210/92, questa figura si va sempre più affermando nei casi dei danneggiati da vaccinazione

ANAMNESI

Raccolta dettagliata di tutte le notizie relative alla vita del paziente e della sua famiglia, alle malattie passate, alle modalità d'insorgenza e di decorso della malattia in atto.

ANEMIA MEDITERRANEA

v. talassemia.

ANEMIA FALCIFORME

v. drepanocitosi.

ANTI -D

ISono immunoglobuline somministrate per la prevenzione dell'isoimmunizzazione materno-fetale (solitamente entro 72 ore dal parto o dall'aborto) alle madri Rh negative per prevenire la formazione di anticorpi contro il fattore Rh al passaggio nel sangue materno di cellule fetali Rh positive, con lo scopo di proteggere eventuali altri figli da rischio di malattia emolitica del neonato (v. anche emoderivati).

ANTIGENE AUSTRALIA

(o HBsAg, o Au), antigene di superficie del virus dell'epatite B. La sua presenza nel siero è indice di infezione da virus dell'epatite di tipo B.

Anti HCV

Anticorpi contro il virus dell'epatite di tipo C

ANTITETANICA (sieroprofilassi)

v. emoderivati.

ANTITETANICA (*vaccinazione*)

È la vaccinazione contro il tetano. È stata resa obbligatoria dal 1968 per tutti i bambini entro il 2° anno di vita; dal 1981 è obbligatoria entro il 3° mese di vita la prima somministrazione, ed entro il 1° anno il ciclo completo; è obbligatoria inoltre per quanti sono esposti al rischio di infezione tetanica (lavoratori agricoli, metalmeccanici, operai ecologici, minatori ecc. secondo l'elenco riportato nella legge n. 262/1983) e per gli sportivi affiliati al CONI. Si ricorda che non essendo un emoderivato non rappresenta un veicolo di trasmissione di infezioni virali, come erroneamente ritenuto dai cittadini.

ANTIVIRALI

Farmaci impiegati contro le infezioni da virus.

ARTRITE REUMATOIDE

Malattia infiammatoria cronica che colpisce prevalentemente le articolazioni. La causa della malattia è sconosciuta: si ritiene possa essere provocata da un virus che colpisce un soggetto predisposto geneticamente a sviluppare questo tipo di patologia. È caratterizzata dalla presenza nel sangue del fattore reumatoide (anticorpo). Queste sostanze si accumulano soprattutto a livello delle articolazioni, dove scatenano il processo infiammatorio, responsabile del dolore e della rigidità dell'articolazione interessata. Questa patologia è anche ritenuta una manifestazione extraepatica correlata all'infezione da virus di tipo C.

ARTROPATIA

Termine generico con il quale viene indicata ogni malattia che colpisce le articolazioni, di natura sia infiammatoria, sia degenerativa. Riveste un interesse ai fini della quantificazione del danno nelle epatiti virali di tipo C.

ASCITE

Presenza di versamento liquido nel peritoneo. Le cause più comuni sono la cirrosi, specie quella di origine alcolica, l'epatite cronica in fase attiva, le gravi epatiti alcoliche, anche in assenza di cirrosi, e l'ostruzione delle vene epatiche.

AST (*o* SGOT),

Enzima del gruppo delle transaminasi. Il tasso dell'AST aumenta in due condizioni importanti: l'infarto del miocardio (in cui risulta aumentato per due o tre giorni), e le epatopatie con danno degli epatociti.

ASTENIA

Riduzione della forza muscolare, a volte associato ad uno stato globale di debilitazione, caratterizzato da diminuzione della capacità di concentrazione intellettuale. L'astenia è legata all'esistenza di processi patologici a lungo decorso, quali le epatopatie.

ATTO DI CITAZIONE

È l'apertura del contenzioso che si sostanzia con la chiamata in giudizio della parte contro la quale la domanda di risarcimento viene proposta affinché il giudice decida sulla domanda stessa in contraddittorio fra le parti.

ATTO PUBBLICO

È il documento redatto, con le richieste formali, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo ove l'atto è formato. (vedi cartella clinica).

BILIRUBINA

Pigmento biliare proveniente dall'emoglobina dei globuli rossi invecchiati e dalle proteine del fegato. La bilirubina viene trasportata tramite il sangue al fegato; qui viene captata e coniugata con acido glucuronico per essere espulsa nella bile. Tutte le condizioni in cui si ha una mancata captazione o coniugazione (per esempio, epatopatie) portano a un eccesso di bilirubina in circolo, cioè all'ittero.

BIOPSIA EPATICA

Prelievo di un piccolo frammento di tessuto epatico. È la metodica migliore per porre diagnosi di malattie epatiche e nella maggior parte dei casi permette anche di chiarire eventuali dubbi sull'etiologia (causa) delle stesse, prevenendone altresì la loro evoluzione. Trattasi comunque di un'importante esame invasivo che non può essere richiesto ai fini di accertamenti medico legali. Tale

esame presenta alcuni limiti: 1) il campione del fegato prelevato rappresenta solo 1/50000 dell'intera massa epatica; 2) può indurre ad errori di valutazione in base alla sede di prelievo; 3) sebbene ridotti, vi sono rischi di effetti indesiderati quali dolore, emorragia e peritonite; 4) molti pazienti si rifiutano di eseguire l'esame. Per completezza di informazione vedi anche Elastografia Transitoria (TA)

CANCROCIRROSI

Patologia costituita dall'associazione fra cirrosi epatica e cancro primitivo del fegato. È caratterizzata dalla presenza di granulazioni neoplastiche fini e diffuse. Secondo le attuali concezioni la cirrosi rappresenterebbe la lesione primitiva, cui seguirebbe la forma cancerosa.

CAPACITÀ DI AGIRE

È l'attitudine a compiere atti giuridici validi, ovvero aventi pieno effetto sotto il profilo giuridico. Si acquisisce salvo diversa prescrizione, al compimento del 18° anno di età.

CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE

Si identifica in quel minimo di attitudine psichica a render conto delle conseguenze dannose della propria condotta.

CAPACITÀ DI LAVORO GENERICA

È la capacità a svolgere una attività lavorativa di grado medio che non ha un precisa corrispondenza biologica in quanto è un mero concetto giuridico su cui si fondano le tabelle per la valutazione della invalidità civile e deve essere utilizzato solo in questo ambito.

CAPACITÀ DI LAVORO IN OCCUPAZIONE CONFACENTI ALLE ATTITUDINI

È alla base del giudizio di invalidità in ambito INPS e tiene conto di alcune peculiarità della persona (età, sesso, livello di istruzione ecc.) e lo stesso non è legato a nessuna tabella ma viene espresso sulla base del superamento, o meno, della soglia prevista dalla legge (riduzione di 1/3).

CAPACITÀ GIURIDICA

È la prerogativa di essere titolari di diritti e doveri giuridici. Si acquisisce con la nascita.

CARTELLA CLINICA

Fascicolo nel quale, in occasione di un ricovero ospedaliero, vengono registrati e raccolti tutti i risultati dell'anamnesi e dei vari esami obiettivi (strumentali, di laboratorio) che riguardano il paziente, i dati relativi al decorso giornaliero della malattia, la terapia svolta e la diagnosi conclusiva. La cartella clinica è un atto pubblico con fede privilegiata. Titolare di questo documento è il paziente il quale ne può sempre richiedere copia (conforme all'originale per quanto attiene la tutela della legge 210/92) al Direttore Sanitario della Struttura Sanitaria.

CIRROSI

Malattia del fegato caratterizzata da un grave e irreversibile sovvertimento delle cellule epatiche (epatociti). Esistono molti tipi di cirrosi: alcolica, virale, biliare, cardiaca, metabolica, da farmaci, autoimmune, da causa sconosciuta. La cirrosi virale è una complicazione dell'infezione cronica da virus dell'epatite B, C e D.

COAGULAZIONE (fattori della)

Sono delle proteine che circolano nel sangue. Molti di questi sono prodotti dal fegato e vengono classificati per lo più con numeri romani che indicano l'ordine con il quale sono stati scoperti. Contribuiscono a mantenere il sangue in condizioni di normale fluidità; uno loro aumento può causare una eccessiva coagulazione con conseguente rischio di trombosi, mentre la loro diminuzione può provocare emorragie.

COLPA (definizione giuridica)

Nel diritto civile è, oltre al dolo, è l'elemento soggettivo che integra la fattispecie dell'atto illecito. Essa deriva dalla violazione (non volontaria) dei doveri di diligenza, perizia o prudenza ovvero dell'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline nell'esercizio dell'attività. Il danno cagionato da comportamento colposo è fonte di responsabilità.

COMORBOSITÀ

Patologia secondaria non necessariamente correlata con la patologia principale, ma che ha importanti implicazioni per l'esito finale.

CONCAUSA

Fattore antecedente necessario ma non sufficiente per il determinarsi di un evento, effetto, risultato od esito. Le concause possono essere preesistenti, simultanee o sopravvenute rispetto all'evento che viene analizzato.

CONSENSO INFORMATO

Processo con cui il paziente maggiore d'età e capace di intendere e di volere o chi lo rappresenta se minorenne (genitori) o incapace (tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto a rischi e benefici che derivano dal sottoporsi a trattamenti diagnostici e terapeutici, fornisce il suo consenso all'esecuzione degli stessi.

CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO

È la persona fornita di particolari competenze su specifiche discipline che viene scelto dal giudice in appositi albi.

COOMBS (*test di*)

Test di laboratorio per rilevare la presenza di anticorpi capaci di condurre all'emolisi i globuli rossi. Ha notevole importanza nella diagnosi delle anemie immunoemolitiche. È un esame utilizzato anche per determinare la compatibilità del sangue da trasfondere con quello del ricevente (prove crociate)

COMPETENZA GIURISDIZIONALE

Rappresenta il criterio per l'individuazione del Giudice al quale rivolgere l'istanza giudiziale.

COMPETENZA TERRITORIALE

È l'ambito di attribuzione di un organo rispetto ad un altro. La ripartizione delle competenze avviene con riferimento all'ambito territoriale di esercizio delle funzioni.

CRIOGLOBULINA

Le crioglobuline compaiono nel corso di alcune patologie quali le malattie infettive e sono responsabili di alterazioni renali, artralgie, nonché, dopo esposizione al freddo delle estremità, di ulcerazioni cutanee e lesioni gangrenose. In presenza di una crioglobulina associata ad una patologia extraepatica di tipo reumatologico, si può ragionevolmente ipotizzare, una infezione da HCV responsabile della stessa crioglobulinemia e successiva reumopatia. Infatti recenti studi hanno dimostrato che il virus HCV è responsabile nei pazienti con malattie linfoproliferative (es. crioglobulinemia, linfomi, gammopatie linfoclonali ecc) di una alterazione cromosomica con traslocazione di un gene dal cromosoma 14 a quello 18, alterazione che determina una proliferazione illimitata dei cloni (linfociti) interessati.

DANNO BIOLOGICO

È ogni ingiusta lesione alla integrità psico-fisica della persona. Il danno biologico (o danno alla salute) tutelato dall'art. 32 della Costituzione è una figura creatasi nel corso degli anni ad opera della giurisprudenza che si affianca a quelle del danno patrimoniale, del danno morale e di quello esistenziale. L'individuazione del contenuto del danno biologico, che viene risarcito anche in assenza di danno patrimoniale e la sua conseguente differenza dal danno morale o patrimoniale è stata ben espressa da tempo dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 184/1986) e dalla Cassazione (Civ. n.2883/1988, 7101/1990 e Sez. Lav n.5033/1988). Viene risarcito in base alla entità della lesione riferita al "valore persona".

DANNO ESISTENZIALE

È la limitazione nella vita di relazione causata da fatto illecito non in rapporto ad un danno alla salute. È risarcito in misura equitativa.

DANNO IATROGENO

Qualsiasi condizione indesiderata che interessa il paziente in conseguenza del trattamento sanitario, causato o associato alle cure sanitarie e non alla malattia.

DANNO MORALE

Danno di natura non patrimoniale risarcibile non solo se causato da un fatto illecito di rilevanza penale, ma anche nell'ipotesi in cui, in sede civile, la colpa dell'autore del fatto risulti da una presunzione di legge (Cass, sez. III civile, sentenza 31/05/2003 n. 8828; Cass. N. 7281 e n. 7282 del 2003). Riguarda la sfera psichica, incidendo sulla stessa con dolori, ansie e paure per un fatto interessante la propria persona o i propri familiari (es, morte di un congiunto). È risarcito in misura equitativa.

DANNO PATRIMONIALE

È l'incisione inferta dal fatto illecito alla sfera patrimoniale della vittima, attuale (danno emergente) o futuro (lucro cessante).

DANNO PREVENIBILE

Danno che avrebbe potuto essere evitato con una corretta pianificazione e/o corretta esecuzione di un'azione.

DE CUIUS

È colui che alla sua morte trasmette ai successori il proprio patrimonio detto comunemente "eredità".

DECADENZA

È la perdita della possibilità di esercitare un diritto per il mancato esercizio entro termini perentori.

DENUNCIA CAUTELATIVA

È la denuncia di un sinistro in via precauzionale, in seguito all'accadimento di un evento dannoso o potenzialmente dannoso che potrebbe dar luogo nel futuro ad una richiesta di risarcimento del danno

DENUNCIA DELLA CAUSA DI MORTE

Referto obbligatorio del medico con il quale si attestano le cause che hanno determinato la morte del paziente. Nel caso in cui non sia possibile stabilire le cause della morte, queste verranno accertate dal medico necroscopo mediante autopsia.

DEONTOLOGIA MEDICA

L'insieme delle norme di autodisciplina della professione medica codificata nel Codice deontologico che comprende norme deontologiche in senso stretto e direttive etico-morali.

DERMATITI

Malattie della cute caratterizzate da fenomeni infiammatori che possono essere determinate da svariate cause, non ultima le infezioni virali. Riveste significato ai fini della quantificazione del danno in ambito legge 210/92 quale manifestazione extraepatica correlata alla replicazione del HCV.

DIABETE MELLITO

Malattia del ricambio caratterizzata da alterazione del metabolismo dei carboidrati. La forma classificata di Tipo 1 (diabete mellito insulino-dipendente) si caratterizza generalmente da un esordio brusco e spesso in conseguenza di una malattia infettiva.

DIAGNOSTICA

Insieme delle discipline e degli strumenti di indagine che, unitamente alla raccolta dell'anamnesi e all'esame obiettivo, permettono al medico di formulare una diagnosi.

DISPOSITIVO MEDICO

Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento e destinato ad essere impiegato nel paziente a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia (D.l.gs n. 46/97)

DOPPIA PATOLOGIA

Si ha quando coesistono nello stesso individuo due o più malattie rilevanti ai fini di una valutazione medico legale. Queste malattie possono insistere sullo stesso organo, apparato o funzione oppure interessare più organi, apparati o funzioni; in ambito della legge 210 il Ministero della Salute riconosce solo questa seconda fattispecie.

DREPANOCITOSI (*Drepanos*, dal greco falce)

Malattia a trasmissione ereditaria dovuta alla presenza di un amminoacido anomalo nella catena proteica dell'emoglobina. Questa emoglobina è detta anche *falciforme* o *emoglobina Sickle* (falce) perché tale anomalia fa assumere ai globuli rossi una forma a "falce". Fra le popolazioni di origine mediterranea, l'associazione di drepanocitosi e beta-talassemia è la più comune forma di malattia drepanocitica. In Italia le regioni più colpite sono la Calabria e la Sicilia.

ECOGRAFIA

È la tecnica diagnostica basata sull'impiego di ultrasuoni. Con una sonda appoggiata sulla pelle si invia un fascio di ultrasuoni verso le strutture corporee da esaminare ed in relazione alla densità dei tessuti attraversati, gli ultrasuoni vengono variamente riflessi, raccolti dalla stessa sonda ed elaborati dall'apparecchio in un'immagine su monitor. Particolarmente usata per porre diagnosi in ambito epatico.

ELASTOGRAFIA TRANSITORIA (TE)

Nuova tecnica indolore, non invasiva che, tramite un'onda elastica, misura la rigidità del tessuto epatico che può ridurre il numero delle biopsie epatiche. Unico limite è rappresentato dal fatto che l'esame non è fattibile nei pazienti affetti da ascite e in quelli obesi. (Vedi anche voce Fibroscan).

ELISA (*enzyme linked immunosorbent assay*)

Esame di laboratorio effettuato mediante un reagente immunologico che si fissa alla sostanza da testare, marcato a sua volta con un enzima, che viene impiegato, tra l'altro, per individuare le infezioni virali ricercandone gli anticorpi specifici. Assieme al RIBA è la metodica più utilizzata per l'accertamento degli anti HCV.

EMOCOMPONENTI

Sono componenti del sangue (globuli rossi, piastrine, granulociti, plasma, fattori della coagulazione ecc.), utilizzati nelle trasfusioni. Permettono di ovviare alle limitazioni poste dalla trasfusione di sangue intero, consentendo così di infondere al paziente i soli componenti dei quali necessita e risparmiare gli altri, da utilizzare successivamente. La trasfusione di globuli rossi può utilizzare globuli rossi concentrati (dopo centrifugazione e allontanamento del plasma con rimozione del 70% circa dei globuli bianchi), oppure congelati (indicati nei pazienti con precedenti reazioni trasfusionali o immunodepressi) o filtrati (previo allontanamento di tutti i globuli bianchi e piastrine; indicati nei pazienti con ipersensibilità nei confronti dei componenti del plasma). Analogamente, in pazienti che hanno bisogno di trasfusioni di piastrine possono essere trasfuse solo queste. Il plasma fresco viene invece impiegato per correggere stati di shock (es: diarrea, ustioni estese e gravi).

EMODERIVATI (*o Plasmaderivati*)

Sono farmaci che utilizzano il plasma sanguigno come materia. Si dicono anche plasmaderivati in quanto, tra gli emocomponenti, viene utilizzato solo il plasma, il quale necessita di particolari lavorazioni con sostanze chimico-fisiche per la preparazione di veri e propri farmaci

Grande importanza tra gli emoderivati rivestono i fattori della coagulazione: concentrati del fattore VIII (per l'emofilia A), concentrati dei fattori II, VII, IX, X (per l'emofilia B), tutti sottoposti oggi a un trattamento termico per evitare, essendo ricavati da grandi quantità di plasma fresco, rischi di epatite da siero e AIDS. Per ottenere le immunoglobuline umane destinate alla sieroprofilassi antitetanica è necessario ricorrere alla donazione di molti donatori immunizzati attivamente contro determinati virus o tossine.

EMOFILIA

Termine che indica un gruppo di malattie emorragiche a trasmissione ereditaria, caratterizzate da una ridotta o assente sintesi di alcuni fattori proteici della coagulazione.

EMOFILIA A

È la forma più nota di emofilia dovuta a un difetto di sintesi del fattore VIII della coagulazione del sangue. Colpisce esclusivamente soggetti maschi, trasmettendosi come carattere ereditario legato al cromosoma del sesso X (che contiene il gene responsabile della sintesi del fattore VIII); la modalità di trasmissione tipica dell'emofilia A sarà da madre portatrice a figlio maschio. Se un maschio affetto ha dei figli, nessun figlio maschio sarà affetto, mentre tutte le figlie femmine saranno portatrici. Il trattamento si basa essenzialmente sull'uso di concentrati del fattore VIII in polvere liofilizzata, ottenute da miscele di numerosi donatori.

EMOFILIA B

Tipo di emofilia caratterizzata dalla carenza di fattore IX. Analogamente all'emofilia A è una malattia ereditaria legata al cromosoma X e colpisce neonati maschi. Anche in questo caso la terapia è basata sulla trasfusione del fattore IX mancante, attraverso soprattutto trasfusioni di plasma fresco congelato.

EMOFILIA C

Nome con cui si definisce la malattia, in parte, caratterizzata dal deficit di fattore XI. Ha trasmissione ereditaria che colpisce entrambi i sessi. Si interviene sia con plasma che siero, perché entrambi contengono il fattore XI.

EMOGLOBINA

È il pigmento contenuto nei globuli rossi che conferisce al sangue il caratteristico colore rosso. L'emoglobina svolge nell'organismo funzioni vitali, la più importante delle quali consiste nel trasporto dell'ossigeno dai polmoni ai tessuti periferici. Ogni condizione che determini una riduzione della quantità di emoglobina presente nel sangue (per esempio, anemia), si accompagna a una riduzione della quota di ossigeno trasportata, e quindi disponibile per i tessuti periferici. In un soggetto adulto vengono prodotti giornalmente circa 7 g di emoglobina, e altrettanti ne vengono distrutti. Le attuali indicazioni a trasfondere corrispondono all'incirca al valore prodotto giornalmente dall'individuo. In passato la soglia sotto la quale si praticavano le trasfusioni era più elevata.

EPATITE ACUTA

L'epatite acuta è una patologia caratterizzata da infiammazione del fegato e morte di una parte delle sue cellule. Viene definita acuta poiché il decorso clinico è di breve durata, in genere inferiore ai 6 mesi.

EPATITE CRONICA

Si ha quando l'epatite non guarisce.

EPATITE CRONICA PERSISTENTE

Quando il danno epatico si mantiene sostanzialmente stabile.

EPATITE CRONICA AGGRESSIVA

Quando il danno epatico ha una progressione più o meno rapida.

EPATITE DI TIPO A

Questa epatite è causata da un virus che presenta una elevata contagiosità a trasmissione oro-fecale (generalmente attraverso i cibi contaminati quali acqua, latte, frutti di mare ecc.). Non essendo (come talvolta il cittadino crede) una malattia emotrasmissibile non riveste alcun interesse ai fini della legge 210/92.

EPATITE DI TIPO B

L'epatite virale B ha un tempo di incubazione di 30-180 giorni con trasmissione prevalentemente parenterale. È caratterizzata dalla presenza nel sangue dell'antigene Australia, o HbsAg. Il contagio avviene con trasfusioni di sangue o emoderivati infetti con inoculazione accidentale di piccole quantità di sangue infetto mediante siringhe, aghi, strumenti e apparecchiature sanitarie non adeguatamente sterilizzate (es, agopuntura, tatuaggi, cure dentarie, manicure ecc.) o con uso di spazzolini da denti, rasoi, di soggetti infetti; per contatto sessuale orale e per trasmissione del virus contenuto nel liquido seminale e nel secreto vaginale; per passaggio da madre infetta al neonato al momento del parto. La malattia guarisce nella maggioranza dei casi. In altri pazienti la malattia tende a cronicizzare, presentando vari quadri che vanno dall'epatite cronica alla cirrosi. Alcuni soggetti invece, dopo il contatto con il virus, non lo eliminano dall'organismo e diventano "portatori sani dell'HbsAg" risultando potenzialmente infettivi, pur non presentando alcuna epatopatia (in Italia questi soggetti corrispondono al 3% della popolazione totale, pari a due milioni di portatori del virus). Con D.M. n. 14 del 15 gennaio 1988 sono stati resi obbligatori i test virologici su ogni unità di sangue donata. Esiste un vaccino, obbligatorio per legge dal 1991.

EPATITE DI TIPO C

L'epatite virale C è contagiosa come e quanto la B ed ha lo stesso tempo di incubazione, Questa forma di epatite è quella che, oggi, più facilmente viene riscontrata nei soggetti trasfusi e in coloro che, in passato, si sono sottoposti a interventi chirurgici o a trattamenti odontoiatrici, quando ancora non era stato identificato il virus e non erano quindi disponibili efficaci mezzi di prevenzione del

contagio. Il virus è stato scoperto nel 1988 ed i primi test sono giunti in Italia l'anno successivo. Negli anni precedenti la malattia veniva chiamata NANB (non A non B). Le modalità di trasmissione e i soggetti a rischio sono, in linea di massima, gli stessi dell'epatite virale B. Più frequentemente, tuttavia, decorre in maniera asintomatica. L'evoluzione verso una forma cronica è molto frequente e l'esito in cirrosi è proporzionalmente più probabile di quanto avvenga per la forma da virus B. È segnalata anche una maggior incidenza di degenerazione neoplastica. In Italia esistono circa 1 milione e mezzo di soggetti colpiti dal virus. La genotipizzazione dell'HCV può dare indicazioni sulla eventuale tendenza della patologia epatica ad evolvere verso forme cirrotiche e/o cancerogene; è stato infatti osservato che tale evoluzione è più evidente per i soggetti affetti da epatite C con genotipo 1b, che tra l'altro è associato ad una minore sensibilità ai trattamenti terapeutici eradicativi ed è il più diffuso nell'area mediterranea. Nella valutazione complessiva delle lesioni non si può prescindere dal considerare l'HCV come agente cancerogeno. Fin dal 1994, infatti, la IARC (International Agency for Research on Cancer World Organization) afferma che per l'HCV vi è una "sufficiente evidenza" di potere cancerogeno e che l'epatocarcinoma "si manifesta in presenza di cirrosi o di significativa epatite cronica", inserendola nel gruppo I (cancerogeno accertato per l'uomo). Occorre anche rilevare che questa epatite rappresenta la causa principale dei fegato effettuati in Italia. Con D.M. n. 107 del 21 luglio 1990 sono stati resi obbligatori i test virologici su ogni unità di sangue donata. Non esiste alcun vaccino.

EPATITE DI TIPO D

L'epatite virale D (o delta) è capace di replicarsi solo se è contemporaneamente presente il virus B: può dunque causare un'epatite virale acuta (o cronica) solo negli individui con contemporanea o preesistente infezione da virus B. Il virus D si trova spesso nei tossicodipendenti e nei soggetti trasfusi e causa un'infezione particolarmente aggressiva.

EPATITE DI TIPO E

L'epatite virale E è in parte simile al virus A in quanto si trasmette prevalentemente attraverso acque contaminate ed ha una contagiosità elevata. È diffusa in Asia, Africa e Centro-America. Non esiste vaccino e non riveste alcun significato ai fini della legge 210/92.

EPATITE DI TIPO G

Si tratta di un virus identificato nel 1995 che si trasmette per via parenterale. Non è stato ancora chiaramente stabilito il suo ruolo esatto nel determinare una malattia epatica, ma molti studi dimostrano che questo virus avrebbe un ruolo limitato nella malattia epatica, però è presente nel circa 10% dei cittadini affetti da epatite C causata da trasfusione.

EPATITE DI TIPO TTV

Si tratta di un virus, la cui sigla sta per "Transfusion Transmitted Hepatitis", cioè virus trasmesso attraverso trasfusioni, scoperto per la prima volta in Giappone, nel 1997. Può essere la causa di alcune epatopatie prima definite "da causa sconosciuta". Il virus TTV potrebbe tuttavia essere un esempio di virus senza una chiara associazione con una specifica malattia. Infatti nella maggior parte dei casi osservati non si registra un significativo danno epatico.

EPATITE VIRALE

È un processo infiammatorio del fegato, caratterizzato da necrosi delle cellule epatiche e infiltrazione infiammatoria, che può essere causato da numerosi virus. Nella maggior parte dei casi, si tratta di virus c.d. epatici (cioè virus che hanno come bersaglio elettivo le cellule epatiche), quali i virus A, B, C, D, E, G e TTV.

EPATOCARCINOMA

(o carcinoma epatocellulare, o K epatico), tumore maligno del fegato. Gli approcci terapeutici contemplano la resezione chirurgica (quando possibile), l'embolizzazione dell'arteria epatica con chemioterapia (chemoembolizzazione), l'ablazione del tumore con infusione percutanea ecoguidata di alcol (alcolizzazione) e (in fase sperimentale) immunoterapia e terapia genica.

EPATOCITI

Le cellule di cui è composto il fegato.

EVENTO AVVERSO

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

EZIOPATOGENESI

(o etiopatogenesi), studio delle cause (eziologia) e dei processi patologici che producono una malattia (patogenesi).

FAMILIARITA'

È quel fenomeno per cui alcune caratteristiche biologiche, tra cui la predisposizione per alcune malattie, vengono trasmesse all'interno della stessa famiglia.

FARMACOVIGILANZA

Insieme di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.

FATTO ILLECITO

Qualunque atto che viola la legge.

FEDE PRIVILEGIATA

È l'attribuzione che si dà ad un atto pubblico del valore di prova, fintanto che non sia contestato con querela di falso.

FIBROSCAN

Strumento utilizzato per valutare la rigidità dell'organo epatico (vedi elastografia transitoria). Allo stato attuale non esistono ancora linee guida che prevedono l'uso del Fibroscan, ma alla luce dell'evidenza scientifica dimostrata in diversi studi, è realistico affermare che può affiancare la biopsia epatica e sostituirla nello screening dei pazienti con epatite cronica, oltre ad avere un ruolo di primo piano nel follow-up dell'evoluzione della fibrosi. Purtroppo i referti ottenuti con tale metodica spesso non vengono valutati dalle C.M.O.

FIBROSI (*epatica*)

Accumulo di tessuto connettivo nel fegato in risposta ad un danno cronico.

FUNZIONALITA' EPATICA (prove di)

Sono gli esami ematochimici che evidenziano le varie funzioni del fegato. Principalmente sono la bilirubina diretta, indiretta e totale, le transaminasi, la fosfatasi alcalina, le proteine sieriche.

GIURISPRUDENZA

È l'insieme delle sentenze già emesse. Nel nostro ordinamento non esiste, a differenza che in altri la regola del precedente vincolante; ogni giudice, infatti, è libero di interpretare la norma come ritiene corretto. Tuttavia la Corte di Cassazione ha una funzione cd. "nomofilattica" e, se la Corte Cassazione si è pronunciata in un modo, è probabile (anche se non scontato) che le sentenze successive si pronuncino nel modo analogo, circostanza che spinge i giudici di primo e secondo grado (cd. "giurisprudenza di merito") ad uniformarsi alle sentenze della Cassazione, anche se non è scontato, perché in taluni casi le pronunce di merito hanno fatto sì che la Cassazione cambiasse la propria interpretazione.

GB

Globuli bianchi (vedi sangue)

GR

Globuli rossi (vedi sangue)

GRC

Globuli rossi concentrati

HAV (*humanan A virus*)

virus dell'epatite di tipo A.

Hb

Vedi emoglobina

HBcAb IgM (*anticorpi anti HBc*)

Compaiono durante la fase acuta dell'infezione. Dopo la scomparsa dell'antigene di Superficie e prima della comparsa degli anticorpi anti HBs (*finestra immunologica*) sono l'unico indizio di infezione da HBV.

HBcAb IgG (*anticorpi anti HBc*)

Compaiono tardivamente e sono indice di infezione cronica . Non proteggono dalle reinfezioni.

HBcAg (*antigene c o core*)

Il core è la parte centrale del virus B.

HBeAb (*anticorpi anti HBe*)

Compaiono dopo la cessazione dell'attività virale. La loro presenza nel siero per più di 10 settimane è indice di infezione cronica. Non proteggono dalle reinfezioni.

HBsAb (*anticorpi antiHBs*)

Compaiono dopo la scomparsa dell'antigene di superficie (circa 3 mesi dopo l'infezione) e sono indice di guarigione. Assicurano l'immunità permanente e compaiono anche dopo la vaccinazione dell'epatite di tipo B.

HBeAg (*antigene e*)

E' correlato ad alti livelli di replicazione virale (*virus B*). *La sua presenza nel siero è transitoria e se permane per più di 10 settimane è indice di infezione cronica.*

HbsAg (*antigene s o antigene Australia*)

Antigene di superficie del virus B. Compare entro 6 settimane dal contatto con il virus e solitamente scompare 3 mesi dopo la guarigione.

HBV (*human B Virus*)

virus dell'epatite di tipo B.

HBV DNA

La presenza nel siero è segno di replicazione virale all'interno degli eptociti d è indice di un predisposizione ad ammalare di epatocarcinoma.

HCV (*hepatitis C virus*)

virus dell'epatite di tipo C

HCV (GENOTIPI)

I genotipi sono delle varanti genetiche dello stesso virus. Il virus dell'epatite C, infatti, si distingue in vari gruppi e sottogruppi altamente mutabili. Attualmente sono stati classificati 11 tipi che includono 70 sottotipi. Il sottotipo *1b* rappresenta la maggioranza delle infezioni (circa l'80-90%) con una prevalenza al Sud ed è quello più refrattario ai trattamenti eradicativi; l'*1a* (circa il 15-20%); il *2b* e il *3a* sono presenti soprattutto nell'Europa del Nord; il *2c* è il sottotipo 2 più frequente in Italia, Francia, Germania, Svizzera e Belgio. In Europa sono altresì presenti, in percentuali molto basse, altri sottotipi (*1d, 1f, 2d, 4c, 4k*). Come si è visto negli specifici ricorsi riportati al capito 4 della guida, la ricerca della genotipizzazione virale riveste interesse sia ai fini diagnostici che prognostici.

HCV RNA quantitativo

Determina la quantità del virus dell'epatite C che circola nel sangue.

HDV

virus dell'epatite di tipo D.

HEV (*human E Virus*)

virus dell'epatite di tipo E.

HGV (*human G Virus*)

virus dell'epatite di tipo G.

HIV (*Humanan Immunodeficiency Virus*)

Virus dell'immunodeficienza umana. vedi. AIDS.

Ig

Vedi immunoglobuline.

IMMUNITARIO (sistema)

Complesso sistema in grado di garantire all'organismo umano, mediante la produzione di anticorpi specifici e altri sofisticati meccanismi, l'immunità, cioè un'efficace difesa contro l'aggressione da parte di microrganismi patogeni o da parte di altre sostanze estranee. Il sistema immunitario svolge una funzione essenziale nella difesa contro le malattie infettive e più in generale nell'azione di conservazione dell'integrità dell'organismo.

IMPERIZIA MEDICA

È l'insufficiente preparazione, la non conoscenza di nozioni fondamentali e la incapacità di applicare quegli aggiustamenti clinico-diagnostico-terapeutici consolidati dalla prassi medica.

IMPRUDENZA MEDICA

È il comportamento contrastante con quelle norme di sicurezza che l'esperienza dà nella valutazione del bilancio rischio-beneficio del proprio operare.

IMMUNOEMATOLOGIA

È la branca dell'ematologia che studia le connessioni esistenti tra il sistema immunitario e alcune malattie del sangue (per esempio, anemie immunoemolitiche, reazioni trasfusionali, piastrinopenie autoimmuni).

IMMUNOGLOBULINE

(Ig), dette anche anticorpi, sono proteine presenti nel sangue e nei fluidi dei tessuti che vengono prodotte dai linfociti B quando il sistema immunitario del soggetto entra in contatto con sostanze estranee (antigeni) appartenenti per esempio a batteri e virus. Le immunoglobuline prodotte in seguito a tale stimolo sono in grado di legarsi a questo antigene, facilitandone l'uccisione e l'eliminazione. Nella pratica terapeutica le immunoglobuline sono un prodotto largamente usato perché molto utili nella lotta antivirale dell'organismo. E' bene tener presente che in occasione di ricoveri ospedalieri le immunoglobuline sono erogate dalle farmacie ospedaliere; pertanto eventuali ricerche di pregresse somministrazioni non vanno effettuate nei Centri Trasfusionali

INCUBAZIONE

È il periodo di tempo che intercorre tra il momento in cui l'agente patogeno penetra nell'organismo e la manifestazione dei primi sintomi della malattia causata dallo stesso.

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

È il sostegno economico che viene erogato alle persone che non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, che hanno bisogno di assistenza e che necessitano di assistenza globale e continuativa.

INDENNIZZO

È il ristoro parziale del danno subito. Rivestendo natura di mera prestazione assistenziale discende da un dovere generale di solidarietà e viene concesso a prescindere da ogni addebito di colpa. A differenza del risarcimento, la cifra non è quindi commisurata al danno subito, anche se di solito sono minori gli oneri probatori.

INFORTUNIO SUL LAVORO

È un evento dovuto a causa violenta esterna o fortuita che si realizza nell'ambito del lavoro, tutelato da assicurazione obbligatoria gestita dall'I.N.A.I.L.. In ambito legge 210, secondo le CMO, la denuncia di infortunio è un documento essenziale ai fini del riconoscimento del nesso causale per gli operatori sanitari.

INSUFFICIENZA EPATICA

Condizione patologica caratterizzata dalla compromissione globale della funzionalità epatica, che si può verificare nel corso delle più svariate epatopatie, quando il danno causato al fegato è rilevante. Comuni sintomi sono la facile affaticabilità, l'anoressia, l'astenia.

INTERDIZIONE E INABILITAZIONE

È il procedimento diretto alla costituzione di uno "status", quello di interdetto o di inabilitato. Ai fini del nostro lavoro è un istituto che, assieme alla figura dell'amministratore di sostegno, troviamo sovente nei casi di danni da vaccinazioni.

INTERESSI LEGALI

È una obbligazione pecuniaria accessoria a quella principale il cui tasso di interesse viene fissato dal legislatore.

IPERTENSIONE (*portale*)

Vedi porta.

ISTANZA

Atto che nel procedimento amministrativo costituito da una richiesta, in genere da un privato, finalizzata all'ottenimento di un provvedimento a suo favore.

LEGITTIMAZIONE PASSIVA

È l'individuazione della parte nei cui confronti va promossa la causa, che diviene il soggetto legittimato a contraddire nel procedimento.

LESIONE

È l'alterazione negativa, con qualunque mezzo determinata, dello stato psico-fisico di una persona.

LETTERATURA SCIENTIFICA

Si intende un complesso di opere che trattano una materia o un particolare argomento.

LINEE GUIDA basate sulle evidenze

Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni. La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica ed a migliorare gli esiti di salute.

MALATTIA PROFESSIONALE

È l'evento dannoso che agisce sulla capacità lavorativa e che è in diretta relazione con l'esercizio di determinate attività lavorative indicate della legge. Questo istituto si ritrova in tutte le pratiche le istanze avanzate dagli operatori sanitari ai sensi della legge 210/92.

MEDICINA LEGALE

Branca della medicina che affronta temi biologici e medico-chirurgici in relazione alle questioni giudiziarie e più in generale alle scienze giuridiche. Ha il primario compito di accertare fatti o elementi utili alla giustizia in materia penale, civile, assicurativa ecc. tramite atti medico-legali (perizie, autopsie, esami di materiali biologici) con successiva redazione di rapporti ufficiali aventi valore di prova per la giustizia.

MEN

Malattie emolitica del neonato

MICROCITEMIA

Vedi Talassemia

NEGLIGENZA MEDICA

È il comportamento non diligente, distratto o disattento, che denota superficialità, trascuratezza, mancanza di dovere, insensibilità ai problemi del paziente, situazioni che provocano un danno alla persona da assistere.

NEMINEM LAEDERE

È il principio (non offendere nessuno) secondo cui tutti sono tenuti al dovere di non ledere l'altrui sfera giuridica. Chiunque lo viola è obbligato al risarcimento del danno.

NESSO CAUSALE

È il rapporto sussistente tra un evento e la causa che lo ha determinato. In medicina legale la *causa* è ritenuta quel fatto, evento o circostanza il cui ruolo nel meccanismo patogenetico

dell'evento dannoso preso in esame è scientificamente fondato e certo, o quantomeno altamente probabile dei processi patologici che producono una malattia.

PATOGENESI

Studio dei processi patologici che producono una malattia. Sconfina tanto frequentemente nell'eziologia, studio delle cause delle malattie, da essere unificata con questa nella eziopatogenesi.

PARTE CIVILE

Termine che indica la parte lesa (offesa) da un reato, che abbia proposto nel procedimento penale la richiesta del risarcimento del danno in conseguenza del reato.

PCR (*Polymerase chain reaction*)

Il polimerase è un enzima che permette l'amplificazione di materiale genetico a partire anche da quantità minime nella reazione a catena detta PCR. Si dimostra utilissima nella diagnosi delle epatiti virali.

PERIZIA

Documento medico-legale circostanziato redatto da un esperto nella materia per verificare la causa di un decesso, il motivo di una malattia, la prognosi e le eventuali conseguenze invalidanti. Si identifica anche con la relazione tecnica mediante la quale il perito risponde ai quesiti postigli dal giudice.

PORTA (*vena*)

Importante vena che trasporta al fegato il sangue proveniente dall'intestino, dalla milza e dallo stomaco. Quando si verifica una difficoltà di passaggio del sangue attraverso il fegato per ridotto calibro della stessa (ben evidenziato anche dalla ecografia), come nel caso di cirrosi epatica, si parla di ipertensione portale.

PLASMA

Sostanza che costituisce la parte liquida del sangue (circa il 55%) nella quale sono immersi i globuli rossi, leucociti, piastrine, dai quali può essere separato mediante centrifugazione. È un liquido giallo pallido, in cui l'acqua è presente per il 91-92%, le proteine per il 7% (proteine plasmatiche), e per il restante è composto da sostanze inorganiche (sodio, cloro, calcio, potassio, bicarbonato) e organiche (aminoacidi, glucosio, grassi, urea, urati ecc.). Il plasma sanguigno filtra attraverso i vasi sanguiferi in tutte le cellule, contribuendo alla loro nutrizione. Per la ricchezza dei suoi componenti, può essere usato, al posto del sangue intero, nelle situazioni in cui si è determinata una rapida perdita di liquidi con riduzione del volume circolante (ustioni, traumi, gravi forme di vomito e diarrea).

PLASMAFERESI

È la sostituzione del plasma sanguigno di un soggetto, quando esso contenga sostanze nocive, trasfondendo plasma di un donatore, ma lasciando del tutto inalterata la componente cellulare del sangue. Le indicazioni della plasmafèresi sono costituite da: situazioni di aumentata viscosità del sangue per la presenza di elevate quantità di proteine anomale; anemie emolitiche indotte da anticorpi; presenza di anticorpi contro il fattore VIII della coagulazione, avvelenamenti; mieloma, sclerosi multipla.

PRESCRIZIONE

È il modo mediante il quale un diritto, dopo che sia decorso un periodo stabilito dalla legge, si estingue per non essere stato esercitato. In caso di interruzione il termine di prescrizione ricomincia a decorrere da questo atto, mentre nel caso di sospensione riprende a decorrere computando quello già trascorso in precedenza.

PROBABILITÀ

La probabilità di un evento rappresenta l'espressione quantitativa della frequenza con cui si verifica ed è calcolata come rapporto tra il numero dei casi favorevoli (quelli in cui l'evento si verifica) ed il numero dei casi possibili (il numero delle volte che l'evento può verificarsi).

PROGNOSI

Preventiva valutazione della durata e della gravità del decorso clinico di una malattia con la previsione dei possibili esiti. In rapporto alla durata della malattia la prognosi esprime in giorni,

mesi, anni; in rapporto alla gravità viene definita *infausta* quando si prevede la morte e *favorevole* in caso contrario. Viene talora espressa "con riserva" (pronosi *riservata*) per contemplare la possibilità che si verifichino avvenimenti imprevedibili che possono modificarla sino a invertirla completamente.

PROTEINA C REATTIVA

È la proteina presente nel sangue in concentrazioni elevate durante le malattie infiammatorie. È utile nella diagnosi delle infezioni e delle malattie reumatiche.

QUERELA

È la dichiarazione resa all'autorità giudiziaria da chi, ritenendosi offeso da particolari reati (detti appunto perseguibili a "querela di parte") segnala i fatti a tale autorità e chiede che l'attore venga perseguito penalmente.

REFERTO MEDICO

Relazione scritta rilasciata dal medico sulle risultanze di indagini diagnostiche, fisiche o strumentali. In medicina legale, il referto medico consiste nella denuncia fatta all'autorità giudiziaria da parte del medico che nell'esercizio della professione viene a conoscenza di situazioni in cui si profila un'ipotesi di delitto perseguibile d'ufficio.

RESPONSABILITA' CONTRATTUALE

È la responsabilità che sorge tra persone giuridiche vincolate da un rapporto contrattuale (es. tra ospedale e cittadino ricoverato) allorquando in capo ad un soggetto (es. struttura sanitaria) si verifica un mancato o inesatto adempimento per cause ad esso imputabili. L'onere della prova grava sul soggetto che ha provocato il danno il quale deve provare di non avere colpa e di aver agito con diligenza. La prescrizione è di 10 anni.

RESPONSABILITA' EXTRACONTRATTUALE

È la responsabilità che sorge tra persone giuridiche non vincolate da un rapporto contrattuale, ma da un semplice rapporto sociale allorquando vi sia un nesso di causalità tra il comportamento e il danno. Nasce da un fatto illecito e l'onere della prova grava sul danneggiato che deve dimostrare la colpa di colui che ha causato il danno. La prescrizione è di 5 anni.

REUMATORE (fattore)

Il fattore reumatoide si riscontra in modo particolare nell'artrite reumatoide, ma anche in altre malattie caratterizzate da uno stimolo cronico del sistema immunitario (es. epatiti di tipo C).

RICORSO AMMINISTRATIVO

È l'opposizione agli atti della pubblica amministrazione contenente la richiesta di riesaminare gli atti adottati dalla stessa amministrazione o da altre amministrazioni da questa delegate in forza di specifiche normative, annullandoli o modificandone il contenuto.

RICORSO GIURISDIZIONALE

È la domanda introduttiva di un processo giudiziario. Ai nostri fini per ricorrere in giudizio è sempre necessario essere assistiti da un legale (è possibile rivolgersi al Giudice di Pace anche senza un legale, ma la competenza per la L. 210/92 è del Tribunale, Sezione Lavoro).

RISARCIMENTO DEL DANNO

È la somma che viene fissata dal giudice o stabilita in via transattiva per risarcire il danno che si è subito.

SANGUE

Liquido viscoso che scorre nell'apparato cardiovascolare, che provvede a distribuirlo negli organi e nei tessuti dell'organismo. Dal punto di vista istologico il sangue è un tessuto allo stato fluido, costituito da una frazione liquida (plasma) e da una frazione corpuscolata, la quale comprende diverse serie di cellule distinguibili, in base ai caratteri morfologici specifici, in eritrociti (o globuli rossi), piastrine e leucociti (o globuli bianchi). Questi ultimi non rappresentano una classe omogenea di cellule, poiché comprendono linfociti, monociti e granulociti; i granulociti si differenziano, a loro volta, in neutrofili, basofili ed esinofili. Nell'individuo adulto la massa sanguigna totale è di circa 5 litri e corrisponde, in misura approssimativa, a 1/12 del peso corporeo. Il rapporto tra la componente corpuscolata e quella plasmatica è detto ematocrito.

SCREENING

Termine inglese che in epidemiologia definisce un test di massa per identificare precocemente (all'interno di una popolazione o di un gruppo di soggetti a rischio) i portatori di una malattia o di un'anomalia.

SGOT

Sigla di Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (v. AST).

SGPT

Sigla di Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (v. ALT).

SIERO

La parte limpida di un qualsiasi liquido biologico, separata dai suoi elementi corpuscolati. In particolare, il siero del sangue è un liquido di colore giallastro, limpido, che differisce dal plasma per la mancanza di fibrinogeno. Contiene il 10% di composti organici (soprattutto proteine e albumine, ma la composizione varia secondo l'età, il sesso, lo stato di salute. Nel siero, fra i costituenti proteici sono contenute le immunoglobuline. È usato nella diagnostica, per l'individuazione delle malattie infettive. In terapia o in profilassi si usa un siero cosiddetto immune, che viene ricavato dal sangue di un animale o di un uomo immunizzato contro un certo tipo di antigene (batteri, virus, tossine): Esempi sono i sieri contro il botulismo, il tetano, il veleno di serpenti e dei funghi.

SIEROPROFILASSI

Prevenzione di una malattia infettiva, realizzata attualmente attraverso la somministrazione di gammaglobuline specifiche.

STEATOSI EPATICA

Processo degenerativo caratterizzato da aumento di grassi nelle cellule epatiche.

TALASSEMIA

(o anemia mediterranea, o microcitemia) è una malattia caratterizzata da un difetto nella sintesi dell'emoglobina, la proteina contenuta nei globuli rossi del sangue. La molecola dell'emoglobina è formata da una testa, denominata *erme* e da catene proteiche (*globine*) indicate con le lettere greche *alfa*, *beta* e *gamma*. I difetti di una di queste catene causano le diverse sindromi talassemiche, in particolare le *alfa-talassemie* e le *beta-talassemie*. Queste catene sono regolate da due geni che si trovano in due cromosomi omologhi, uno di origine paterna e uno di origine materna. Vi sono tre quadri clinici che si distinguono tra loro per gravità crescente:

Portatore asintomatico: È caratterizzato da assenza di sintomi clinici, aumento del numero dei globuli rossi con riduzione del loro volume (da ciò il nome di *microcitemia*) riduzione della concentrazione di emoglobina contenuta nei globuli rossi e l'alterazione della loro forma.. Ha particolare diffusione nelle regioni meridionali, in Sardegna, in Sicilia e nel delta del Po, e in piccoli focolai nelle zone industriali del nord a seguito dell'immigrazione. I portatori sani in Italia sono circa 2 milioni e mezzo.

Thalassemia interdia: In questo gruppo di pazienti sono compresi casi con gravità differente da forme con lievi manifestazioni cliniche a casi più gravi che si avvicinano alla forma più grave detta *malattia di Cooley*;

Thalassemia Major o malattia di Cooley: È la forma più grave di microcitemia, caratterizzata da marcata anemia (l'emoglobina è di solito inferiore a 8 g.). La terapia si basa su trasfusioni periodiche (ogni 20-30 giorni) in modo da mantenere il livello di emoglobina intorno a 1'-11 g. e sulla somministrazione di farmaci ferrochelanti. La forma più diffusa in Italia e nell'area mediterranea è la *beta-talassemia o anemia mediterranea*.

TERMINE PERENTORIO

È il termine entro il quale occorre compire un atto a pena di decadenza.

TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA

Esame richiesto per l'individuazione di sofferenze del sistema immunitario nei pazienti affetti da molti anni da HCV.

TRANSAZIONE

È il contratto con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già incominciata o prevengono una lite che può sorgere tra di loro. La transazione è sempre oggetto di un accordo fra le parti e non può mai essere imposta da terzi. Di solito, quando si dà mandato

all'avvocato gli si dà anche mandato a transare sulla lite, per cui non è necessario che l'avvocato torni a chiedere il permesso del cliente per effettuare la transazione.

TRASFUSIONE

(o emotrasfusione), procedimento terapeutico che consiste nell'infondere direttamente nel circolo sanguigno di un individuo sangue intero o i suoi derivati (vedi emoderivati), ottenuti per donazione volontaria da parte di altri individui. La donazione di sangue consiste abitualmente nel prelievo di circa 350 ml di sangue intero, perdita che viene perfettamente tollerata dal donatore e compensata nei giorni successivi dalla aumentata attività del midollo osseo. Le situazioni che richiedono terapia trasfusionale sono molto numerose, tanto più che attualmente, potendosi ottenere separate le diverse frazioni del sangue (globuli rossi, piastrine, fattori della coagulazione ecc.), è possibile, di fronte a una condizione morbosa, trasfondere solo quelle veramente necessarie, e limitare la trasfusione di sangue intero ai casi di emorragia massiva. La pratica trasfusionale richiede molta attenzione da parte del medico, al fine di evitare le cosiddette reazioni trasfusionali e soprattutto le reazioni emolitiche post-trasfusionali, nell'accertare la perfetta compatibilità fra i gruppi sanguigni del donatore e del ricevente, attestata preventivamente tramite l'esecuzione delle *prove crociate*. La diffusione della terapia con trasfusione, nonché parallelamente di malattie infettive trasmesse con il sangue, ha determinato il sorgere di un problema sanitario di grandissima importanza, cioè quello della possibilità di contrarre infezioni in seguito al ricevimento di sangue infetto. Negli ultimi anni la pratica trasfusionale è divenuta sempre più sicura grazie all'accurata selezione dei donatori ed alla messa in commercio di test di ultima generazione. Infatti sono stati resi obbligatori a livello nazionale, su tutti gli emocomponenti donati, i test di ricerca di costituenti virali HCV e HIV mediante tecnica di amplificazione del genoma del virus con metodologia NAT (*Nucleic Acid Amplification Testing*) abbassando, così i rischi connessi alla c.d. *fase finestra*, rispettivamente, da circa 70 giorni a 12 giorni circa e da circa 22 giorni a circa 11 giorni, con significativa riduzione di infezioni causate da eventi trasfusionali sia per l'epatite di tipo C che per l'AIDS. Nella Regione Toscana dal 1° gennaio 2005 sono stati resi obbligatori anche i test HBV-DNA, sempre con metodologia NAT, su tutti gli emocomponenti donati (anche in questo caso la fase finestra della epatite di tipo B è stata abbattuta da circa 60 giorni a circa 30 giorni).

TTV (*Trasfusion transmitted virus*)

Virus trasmesso con le trasfusioni

VACCINO

Sostanza impiegata per indurre una risposta immunitaria contro le malattie infettive e costituita da tossine prodotte da microrganismi, o dai microrganismi stessi responsabili delle infezioni, trattati in modo da renderli incapaci di causare la malattia. Somministrando il vaccino, il sistema immunitario dell'organismo riconosce come estranee le tossine o i microrganismi anche se inattivati e produce anticorpi specifici e, in particolare, le cellule-memoria (linfociti che "memorizzano" le caratteristiche delle cellule estranee). Questo stato di immunità che si produce con la vaccinazione fa sì che, quando il soggetto, nel corso della vita, viene a contatto con il microrganismo, le cellule-memoria lo riconoscono e sono in grado di dare un'attivazione più veloce e più potente dell'intero sistema immunitario, tale da impedire lo svilupparsi della malattia. Lo scopo della vaccinazione non è solo di protezione individuale. Infatti se si riesce a vaccinare più dell'80% degli individui esposti al rischio d'infezione, si determina immunità di massa che, in certa misura, protegge anche gli individui non vaccinati. Infatti, la catena di trasmissione, necessaria ad alcuni microrganismi per mantenersi vivi all'interno di una popolazione, sarà continuamente spezzata dai soggetti immuni. Su un principio diverso si basa, invece, la vaccinazione selettiva, il cui fine è la protezione di gruppi della popolazione esposti a un rischio di malattia particolarmente alto.