



SEMPRE REGISTRAZIONE - ESAME DAL PRESIDENTE DELLA

REPUBBLICA ITALIANA

Oggetto

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SEZIONI UNITE CIVILI

Indennizzo per danno da epatite post-trasfusionale

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

R.G.N. 22459/2

Dott. PAOLO VITTORIA

- Primo Presidente f.f. - Cron. 8060

Dott. ENRICO PAPA

- Presidente di Sezione - Rep.

Dott. LUCIO MAZZIOTTI DI CELSO

- Consigliere - Ud. 12/01/2010

Dott. UMBERTO GOLDONI

- Consigliere - PU

Dott. ANTONIO SEGRETO

- Consigliere - Ud. 12/01/2010

Dott. FABRIZIO FORTE

- Consigliere - Ud. 12/01/2010

Dott. LUIGI MACIOCE

- Consigliere - Ud. 12/01/2010

Dott. ETTORE BUCCIANTE

- Consigliere - Ud. 12/01/2010

Dott. GIOVANNI AMOROSO

- Rel. Consigliere - Ud. 12/01/2010

ha pronunciato la seguente

- depositato d'ufficio
- a richiesta di parte
- imposto dalla legge

SENTENZA

sul ricorso 22459-2008 proposto da:

C.S.

(omissis)

elettivamente

domiciliata in ROMA, VIA GERMANICO 96, presso lo studio dell'avvocato COLEINE LORENZO, rappresentata e difesa dall'avvocato ROSSI FRANCESCO ACHILLE, per delega a margine del ricorso;

- ricorrente -

contro

2010

8

in persona del Presidente della Giunta Regionale pro-tempore, elettivamente domiciliata in ROMA, CORSO d'ITALIA 102, presso lo studio dell'avvocato PASQUALE MOSCA, rappresentata e difesa dall'avvocato BALDI ENRICO, per delega in calce al controricorso;

- controricorrente -

contro

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, in persona del Ministro pro-tempore, elettivamente domiciliato in ROMA, VIA DEI PORTOGHESI 12, presso l'AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO, che lo rappresenta e difende ope legis;

- resistente con procura -

avverso la sentenza n. 1026/2007 della CORTE D'APPELLO di FIRENZE, depositata il 08/10/2007;
udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 12/01/2010 dal Consigliere Dott. GIOVANNI AMOROSO;
udito l'Avvocato Francesco Achille ROSSI;
udito il P.M. in persona dell'Avvocato Generale Dott. DOMENICO IANNELLI, che ha concluso per il rigetto del ricorso.

22459/2008 r.g.n.
ud. 12 gennaio 2010

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. A seguito di controlli di routine, in data [omissis] [C.S.] era risultata positiva ai markers HCV e, imputando il fatto ad un intervento di laparotomia, subito il [omissis] aveva (in data 7 febbraio 2001) presentato domanda amministrativa di indennizzo.

Successivamente al giudizio negativo della Commissione medica, la ricorrente adiva il Tribunale di Firenze, per ottenere l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo spettante ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati, di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, secondo la tabella A allegata al d.P.R. n. 834 del 1981.

Il tribunale, dichiarato il difetto di legittimazione passiva della Regione Toscana, rigettava la domanda nei confronti del Ministero della salute.

La Corte di appello di Firenze, con la sentenza del 2-8 ottobre 2007, confermava la decisione di primo grado.

2. Ha proposto ricorso per cassazione la [C.] per due distinti motivi.

La Regione Toscana ha resistito con controricorso, ribadendo le argomentazioni relative al difetto di legittimazione passiva dell'ente territoriale.

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali si è costituito tardivamente ai soli fini della partecipazione all'udienza pubblica.

La causa è stata assegnata alle Sezioni Unite a seguito di ordinanza del 18 settembre - 23 dicembre 2008 della Sezione Lavoro di questa Corte, in ragione della sussistenza di un contrasto di giurisprudenza in materia.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Il ricorso è articolato in due motivi.

Con il primo la ricorrente ~~viola~~ denuncia la violazione e falsa applicazione dell'art. 1, comma, 3 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, non avendo la Corte di appello considerato che la condizione morbosa cronica, conseguente al contagio da HCV, in quanto di per sé evento lesivo, non debba essere necessariamente



accompagnata, ai fini della prestazione indennitaria, dall'ulteriore requisito del danno funzionale rilevante ed atto ad incidere sulla capacità lavorativa. Una diversa interpretazione della normativa contrasterebbe con gli obbiettivi solidaristici sottesi alla norma e costituzionalmente fondati.

Con il secondo motivo, la ricorrente deduce, poi, violazione e falsa applicazione dell'art. 4, comma 4, della legge 25 febbraio 1992, n. 210, nonché della tabella A), allegata al d.P.R. 30 dicembre 1981 n. 834, per avere la Corte territoriale ritenuto che, pur essendo il fegato della sig.ra **C.** affetto da alterazioni patologiche, queste determinassero soltanto una menomazione ascrivibile alla tabella B) e non già ad alcuna delle otto categorie della tabella A).

La ricorrente ha quindi sottoposto a questa Corte i seguenti quesiti di diritto *ex art. 366 bis c.p.c.*: a) *“Dica la Suprema Corte di Cassazione se l'indennizzo previsto dall'art. 1, comma 3 della legge 210/92 sia dovuto in tutti i casi di lesione permanente dell'integrità psico-fisica, cioè della salute come tale, ed in particolare se sussista il diritto del soggetto emotrasfuso affetto da contagio HCV e da conseguente epatite cronica (seppur minimamente attiva)”*; b) *“Dica la Suprema Corte di Cassazione se il richiamo alla Tabella A annessa al d.P.R. n. 384 del 1981 operato dall'art. 4, comma 4, della legge 210/92 debba intendersi quale prescrizione dei criteri di massima finalizzati alla liquidazione dell'indennizzo e pertanto la sua applicazione ai casi previsti dalla legge 210/92 - ed in particolare al caso di soggetto emotrasfuso affetto da contagio HCV e da conseguente epatite cronica (seppur minimamente) attiva - sia indipendente dalla valutazione della sussistenza di menomazioni funzionali incidenti sulla capacità di produzione di redditi”*.

2. Il ricorso – i cui due motivi possono essere esaminati congiuntamente – è infondato.

3. Preliminarmente deve considerarsi che il tribunale di Firenze, quale giudice di primo grado della controversia, ha ritenuto la legittimazione passiva del Ministero della salute escludendo invece quella della Regione Toscana. Questo capo della sentenza è stato oggetto di impugnazione incidentale del Ministero della salute, ma la Corte d'appello di Firenze ha confermato la pronuncia di primo grado che aveva rigettato la pretesa azionata dalla sig.ra **C.** nei confronti del Ministero.

Tale pronuncia non è più stata impugnata dal Ministero sicché sul punto della legittimazione passiva si è formato il giudicato.

4. Nel merito il ricorso deve essere rigettato.

5. La questione portata all'esame delle Sezioni Unite di questa Corte, ed in ordine alla quale è insorto il denunciato contrasto di giurisprudenza, consiste nell'interpretazione degli artt. 1, commi 2 e 3, e 4, comma 4, 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*), e succ. mod., ed è riassumibile, in riferimento alla fattispecie oggetto del presente giudizio, nel quesito se la valutazione dei "danni irreversibili" causati da infezione da HCV in occasione di emotrasfusione (epatite post-trasfusionale) implichi necessariamente la classificazione degli stessi in una delle otto categorie previste dalla tabella A annessa al 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, e quindi se sussista, o meno, una soglia minima, costituita dalla categoria (l'ottava), recante le infermità e minorazioni meno gravi, della tabella suddetta; soglia il cui superamento condizioni, come presupposto, l'insorgenza del diritto all'indennizzo previsto dall'art. 1, comma 3, cit..

6. La ricostruzione del quadro normativo di riferimento di tale questione muove innanzi tutto dalla cit. legge n. 210 del 1992 che – facendo seguito alla fondamentale sentenza n. 307 del 1990 della Corte costituzionale dichiarativa dell'illegittimità costituzionale della legge 4 febbraio 1966 n. 51 (sull'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 c.c., da contagio o da altra apprezzabile malattia causalmente riconducibile alla vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica, riportato dal bambino vaccinato o da altro soggetto a causa dell'assistenza personale diretta prestata al primo - ha introdotto un indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie (art. 1, comma 1) e contestualmente ha esteso lo stesso beneficio all'ipotesi di danni conseguenti ad emotrasfusioni e somministrazioni di emoderivati (art. 1, commi 2 e 3); indennizzo che si configura come diritto soggettivo

ad una prestazione economica a carattere assistenziale (Cass., sez. un., 8 maggio 2006, n. 10418).

Pur unificate nell'art. 1 le due fattispecie con l'attribuzione della stessa provvidenza di carattere assistenziale (l'indennizzo) vuoi, da una parte, nel caso di specifici trattamenti sanitari prescritti per legge (o anche per ordinanza dell'autorità sanitaria), quali sono le vaccinazioni obbligatorie, vuoi, dall'altra, di alcuni trattamenti sanitari ordinari, quali sono le emotrasfusioni e le somministrazioni di emoderivati, diversa è la *ratio legis*, anche se alle due fattispecie è comune la connotazione di danno incolpevole, essendo altrimenti prevista, dalla disciplina comune (artt. 2043 e 2059 c.c.), il pieno ristoro dello stesso (cfr. anche l'art. 1 legge 29 ottobre 2005, n. 229, in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, che espressamente prevede che rimane fermo il diritto al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale derivante da fatto illecito; per i profili risarcitori in caso di infezione da HCV per effetto di emotrasfusione v. anche Cass., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 583).

Per il danno da vaccinazioni obbligatorie il fondamento è da ricercare essenzialmente nell'art. 32 Cost. (che tutela il diritto fondamentale alla salute), anche se in collegamento con l'art. 2 Cost., come rilevato dalla Corte costituzionale nella citata pronuncia, che ha precisato che un corretto bilanciamento tra il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri implica il riconoscimento, ove si determini un danno per il singolo, di una "protezione ulteriore" a favore del soggetto passivo del trattamento sanitario obbligatorio. In particolare – ha precisato quella Corte - finirebbe con l'essere sacrificato il contenuto minimale proprio del diritto alla salute a lui garantito, se non gli fosse comunque assicurato, a carico della collettività, e per essa dello Stato che dispone il trattamento obbligatorio, il rimedio di un "equo ristoro" del danno patito. Analogo ristoro del danno da malattia trasmessa deve essere previsto in favore delle persone che abbiano prestato assistenza personale diretta a chi è stato sottoposto al trattamento obbligatorio.

In questa fattispecie la discrezionalità del legislatore ordinario è limitata in riferimento sia all'*an* che al *quantum*: la compatibilità con l'evocato parametro costituzionale impone che un "ristoro" sia sempre previsto in caso di danno permanente

alla salute e richiede altresì che esso sia quantificato in misura tale da potersi qualificare “equo”.

Invece il fondamento della menzionata provvidenza assistenziale in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile conseguenti a trattamenti sanitari ordinari, quali emotrasfusioni e somministrazioni di emoderivati, va ricercato soprattutto nel più ampio dovere di solidarietà sociale prescritto dall’art. 2 Cost., anche in collegamento con l’art. 38 Cost.; parametri questi che però lasciano un’ampia discrezionalità al legislatore ordinario – sia sull’*an* che sul *quantum* - anche in ragione della compatibilità con le risorse disponibili (art. 81 Cost.).

Tale dovere di solidarietà è a fondamento della previsione di un indennizzo in favore di chi subisce un danno permanente incolpevole alla salute e che altrimenti si abbatterebbe esclusivamente sul danneggiato, pur nell’operatività di una rete di protezione sociale per l’ipotesi della malattia (art. 38, secondo comma, Cost.) e dell’inabilità al lavoro (art. 38, primo comma, Cost.).

In un’ottica più avanzata di socializzazione del danno incolpevole alla salute, il legislatore ordinario può individuare ipotesi, maggiormente rilevanti o ritenute più meritevoli, in cui la collettività partecipa, con un indennizzo, a compensare tale danno altrimenti non risarcibile. La discrezionalità del legislatore ordinario è esercitata sia nell’individuazione delle fattispecie causative del danno - si consideri, ad esempio, che in epoca più recente il legislatore ha ritenuto meritevoli di indennizzo alcune ipotesi di vita malformata, quali l’amelia, l’emimelia, la focomelia e la macromelia, conseguenti alla somministrazione di talidomide (art. 2, comma 363, legge 24 dicembre 2007 n. 244) – sia nella quantificazione dell’indennizzo.

7. Le due menzionate fattispecie di trattamenti sanitari prescritti per legge (vaccinazioni obbligatorie) e non (emotrasfusione e somministrazione di emoderivati) risultano poi unificate, nell’art. 1 della legge n. 210/92, non solo quanto alla previsione dello stesso indennizzo (salvo quanto si dirà oltre sull’“indennizzo ulteriore”, introdotto successivamente), ma anche quanto alla definizione del danno permanente incolpevole alla salute anche se testualmente la citata disposizione esibisce una varietà lessicale.

L’indennizzo è infatti dovuto: *a)* in caso di vaccinazioni obbligatorie, se sussistono lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una “menomazione permanente” della integrità psico-fisica (art. 1, comma 1); *b)* in caso di emotrasfusioni o



somministrazione di emoderivati, se sia derivata un'infezione da HIV o da HCV (epatite post-trasfusionale) che abbia causato danni "permanententi" (o "irreversibili") alla integrità psico-fisica (art. 1, commi 2 e 3).

I termini "menomazione permanente" (art. 1, comma 1), "danni permanententi" (art. 1, comma 2), "danni irreversibili" (art. 1, comma 3) rappresentano variazioni lessicali di uno stesso concetto espresso dalla disposizione cit., peraltro con una tecnica normativa non ineccepibile perché la simmetria delle due fattispecie era comunque carente non prevedendosi il danno permanente alla salute causato da infezione da HCV (epatite) agli operatori sanitari, né quello causato dalla somministrazione di emoderivati da cui fosse derivata tale infezione. A ciò poneva rimedio la Corte costituzionale dapprima con la sentenza n. 476 del 2002 (dichiarativa dell'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 3, cit., nella parte in cui non prevede che i benefici riconosciuti dalla legge stessa spettino anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e durante il medesimo, abbiano riportato danni permanententi alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti) e successivamente con la sentenza n. 28 del 2009 (dichiarativa dell'illegittimità costituzionale del medesimo art. 1, comma 3, nella parte in cui non prevede che i benefici riconosciuti dalla legge citata spettino anche ai soggetti che presentino danni irreversibili derivanti da epatite contratta a seguito di somministrazione di derivati del sangue).

8. La simmetria delle due fattispecie si rivelava poi carente anche sotto un altro aspetto: unificando nello stesso indennizzo la introdotta provvidenza assistenziale, il legislatore l'aveva limitata diacronicamente – nell'uno e nell'altro caso – fissando (all'art. 2, comma 2) la decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda; ossia – osservò la Corte costituzionale (sentenza n. 118 del 1996) – il legislatore aveva in realtà previsto una "indennizzabilità temporalmente solo parziale"; limitazione questa che, nel caso di trattamenti sanitari obbligatori a beneficio della collettività, non rispondeva al canone dell'"equo ristoro". E quindi quella Corte, con la cit. sentenza, dichiarò l'illegittimità costituzionale degli artt. 2, comma 2, e 3, comma 7, della legge n. 210/92, nella parte in cui escludevano, 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 c.c. - a un "equo indennizzo" a carico dello Stato per le menomazioni riportate a causa di vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica da quanti vi si fossero sottoposti e da quanti avessero prestato ai primi assistenza personale diretta.

Successivamente (dopo alcuni decreti legge non convertiti) è intervenuto il legislatore, dapprima con l'art. 7 d.l. 23 ottobre 1996 n. 548, conv. dall'art. 1, comma 1, legge 20 dicembre 1996, n. 641, e poi con la legge 25 luglio 1997, n. 238 (modificativa ed integrativa della legge 25 febbraio 1992, n. 210), colmando la lacuna per il danno permanente dalle vaccinazioni obbligatorie con la previsione di un assegno a compensazione del danno per il periodo precedente al conseguimento dell'indennizzo e quindi così soddisfacendo quell'esigenza costituzionale di equità dell'indennizzo evidenziata dalla cit. sentenza n. 118/96. Non ha invece esteso (con esercizio di discrezionalità legislativa) questa stessa disciplina di maggior tutela anche ai casi di progressi danni permanenti alla salute per infezione da HIV o HCV da emotrasfusione o somministrazione di emoderivati; ciò che conferma quella duplice *ratio legis* sottesa alla legge n. 210/92, sopra rimarcata.

Si prevedeva infatti che i "soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210" – quindi quelli che erano stati sottoposti a vaccinazioni obbligatorie (art. 1, comma 1) e non già ad emotrasfusioni o somministrazione di emoderivati (art. 1, commi 2 e 3) – avessero diritto, per il periodo precedente a quello originariamente indennizzato, ad un assegno *una tantum* nella misura pari, per ciascun anno, al 30 per cento dell'indennizzo dovuto ai sensi del comma 1 dell'art. 1 cit., ma con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria.

L'aver tenuto su un piano distinto, quanto all'assegno *una tantum* suddetto, le vaccinazioni obbligatorie, da una parte, e i trattamenti sanitari non obbligatori (emotrasfusioni e somministrazione di emoderivati), dall'altra, pur accumulati nella stessa disciplina dell'indennizzo, rivelava soprattutto la maggiore pregnanza della esigenza costituzionale di compensazione in favore di chi aveva dovuto sottoporsi ad un trattamento sanitario (obbligatorio) a beneficio anche della collettività. Esigenza questa che poi determinava la Corte costituzionale a ritenere ingiustificata la mancata previsione – nell'art. 1, comma 1, cit. - dell'indennizzo anche in alcuni casi di vaccinazioni "necessarie" o fortemente incentivate, anche se non proprio obbligatorie:

cf. sentenza n. 27 del 1998 (che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di tale disposizione 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) e sentenza n. 423 del 2000 (che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della stessa disposizione nella parte in cui non prevede il diritto all'indennizzo, alle condizioni ivi stabilite, di coloro che siano stati sottoposti a vaccinazione antiepatite B, a partire dall'anno 1983).

Tale differenziazione tra le due situazioni si accentua, in epoca più recente, con la legge 29 ottobre 2005, n. 229, che prevede ancora un miglioramento, mediante l'attribuzione di un "ulteriore indennizzo" (nella forma di assegno vitalizio), solo in favore dei "soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210", ossia solo di chi abbia subito un danno permanente alla salute per effetto di vaccinazioni obbligatorie (cf. Cass., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 578 – e successivamente Cass., sez. lav., 7 aprile 2008, n. 8976 - secondo cui la previsione di tale indennizzo aggiuntivo, per il periodo antecedente l'entrata in vigore legge n. 210/92, non è applicabile ai soggetti danneggiati da epatite post-trasfusionale o da infezione HIV; cf. altresì le cit. sentenze della Corte costituzionale nn. 226 e 423 del 2000, che hanno dichiarato non fondata la questione di costituzionalità; inoltre successivamente v. anche l'ord. n. 522 del 2000).

Solo per l'ipotesi di danni al feto conseguenti alla somministrazione di talidomide, che certo non può qualificarsi come trattamento sanitario prescritto per legge, il legislatore, esercitando quell'ampia discrezionalità di cui si diceva, ha previsto un trattamento indennitario analogo facendo riferimento all'indennizzo di cui all'art. 1 legge 29 ottobre 2005 n. 229, cit., e non già a quello originariamente previsto dall'art. 1 della legge 25 febbraio 1992 n. 210 (cf. anche il d.m. 2 ottobre 2009, recante il regolamento di esecuzione).

9. In questo complesso quadro normativo, che ha visto intrecciarsi interventi del legislatore e pronunce di incostituzionalità di tipo additivo, il presupposto dell'indennizzo è però rimasto in sostanza invariato, per essere ancorato alla sussistenza di un danno permanente alla salute. Quindi un danno temporaneo (e come tale reversibile) non dà luogo all'indennizzo in esame né nel caso di trattamenti sanitari prescritti per legge, quali le vaccinazioni obbligatorie, né in quello di trattamenti

ordinari, quali emotrasfusioni e somministrazione di emoderivati. All'opposto un danno permanente (e quindi irreversibile) integra un presupposto per l'insorgenza del diritto all'indennizzo.

Ci si è però chiesto, a questo proposito, se sia sufficiente un danno permanente alla salute, quale esso sia, o invece sia necessario che tale danno permanente presenti una determinata connotazione quantitativa o qualitativa.

La questione si pone perché, se da una parte l'art. 1 cit. parla di danno permanente *tout court* (*id est*: "menomazione permanente della integrità psico-fisica" ex art. 1, comma 1, "danni permanenti alla integrità psico-fisica" ex art. 1, comma 2, "danni irreversibili" ex art. 1, comma 3), dalla cui conoscenza peraltro decorre (ex art. 3, comma 1) il termine di decadenza (di tre e dieci anni) per la domanda di indennizzo, l'art. 4 invece introduce un elemento di valutazione di tale requisito che fa sorgere il problema. Infatti, mentre il comma 1 di tale disposizione demanda il "giudizio sanitario" ad una commissione medico-ospedaliera (quella per le pensioni di guerra di cui all'art. 165 d.P.R. 29 dicembre 1973 n. 1092) ed il comma 3 specifica che la commissione deve esprimere un "parere" sul nesso causale tra malattia e danno permanente (le "lesioni"), il successivo comma 4 aggiunge un "giudizio di classificazione" richiamando la tabella A annessa al t.u. delle pensioni di guerra (d.P.R. n. 1092/73 cit.) . Quindi la commissione medica non solo deve accertare il nesso di causalità, ma è chiamata anche ad esprimere la "classificazione delle lesioni" ossia la classificazione del danno permanente. Ed il parametro di valutazione di questa "classificazione" è la richiamata tabella A (come sostituita dalla corrispondente tabella A allegata al d.P.R. 30 dicembre 1981 n. 834, di riordino delle pensioni di guerra) che cataloga le "infermità" in otto categorie, dalla più grave (in particolare, mutilazioni di arti) a quella meno grave – l'ottava – che comprende anche malattie croniche (del tipo bronchite o gastrite o cistite). Il richiamo della cit. tabella A, fatto nell'art. 4, comma 4, l. n. 210/92, trova poi riscontro anche nel precedente art. 2, comma 2, che fissa la misura dell'indennizzo spettante richiamando la tabella B allegata alla legge 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dall'art. 8 della legge 2 maggio 1984, n. 111, sulle pensioni privilegiate ordinarie tabellari per il personale statale, parimenti articolate in otto categorie.



Non è invece richiamata, dall'art. 4, comma 4, cit., la tabella B del cit. t.u. delle pensioni di guerra che cataloga infermità minori, non rientranti in nessuna delle otto categorie nella tabella A e non di meno indennizzate (pur non con la pensione di guerra, bensì) con un'indennità *una tantum*.

Alla medesima tabella A, richiamata dall'art. 4, comma 4, fa poi riferimento anche l'Accordo in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni del 23 settembre 2004, di recepimento delle linee guida applicative della legge n. 210 del 1992, le quali in particolare, con riferimento al giudizio medico-legale, richiedono che questo specifichi l'ascrivibilità tabellare dalla prima all'ottava categoria in ordine decrescente di gravità della patologia riscontrata oppure l'ascrivibilità in nessuna categoria.

La tabella A è poi ulteriormente richiamata, in epoca ancora più recente, dall'art. 1 della cit. legge n. 229 del 2005 che fissa l'ammontare dell'assegno vitalizio in riferimento a ciascuna delle otto categorie della tabella stessa.

10. Insomma appare in dubitabile che il Legislatore abbia voluto che il danno permanente fosse catalogabile in una delle otto categorie della richiamata tabella A; la quale – non può farsi a meno di notare – è, nella fattispecie, di dubbia congruità perché riferita a danni alla salute causati da eventi bellici traumatici (tant'è che il danno permanente tabellato più ricorrente è quello della mutilazione fisica), mentre tale connotazione certamente non ha il danno permanente causato dai trattamenti sanitari in questione, obbligatori e non. Però da una parte il legislatore, che pure è intervenuto più volte nella materia, ha sempre lasciato inalterato questo richiamo e quindi ha confermato la sua scelta (da ultimo la cit. tabella A è richiamata dall'art. 1, comma 2, del regolamento adottato con d.m. 2 ottobre 2009 n. 163). D'altra parte la Corte costituzionale, pur rilevando che “i criteri di determinazione della misura dell'indennizzo nelle diverse ipotesi previste dal legislatore del 1992 non sono i più congrui fra quelli cui il legislatore medesimo avrebbe potuto fare riferimento” (v. in particolare i rilievi contenuti nella sentenza n. 38 del 2002), si è limitata ad un monito esprimendo “la sollecitazione ... affinché si addivenga a una nuova disciplina, specificamente determinata in relazione alle esigenze di normazione proprie della delicata materia”.

11. La previsione di tale sistema tabellare ha portato la giurisprudenza di questa Corte ad interrogarsi in ordine all'effettiva sussistenza di una soglia di indennizzabilità del danno permanente.

In proposito, nella giurisprudenza di questa Corte, si sono fronteggiate due interpretazioni che radicano il denunciato contrasto.

Da una parte Cass., sez. lav., 4 maggio 2007, n. 10214, pur tenendo conto della richiamata tabella A cit., ha predicato, in una fattispecie di epatite post-trasfusionale silente ed asintomatica, un'interpretazione adeguatrice richiamando la giurisprudenza costituzionale secondo cui l'intervento di solidarietà sociale si deve tradurre in una misura indennitaria non soltanto "equa" rispetto al danno (C. Cost. n. 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). Ha quindi ritenuto che l'indennizzo, pur non comparabile con il risarcimento del danno, è dovuto in tutti i casi di lesione permanente dell'integrità psico-fisica, cioè della salute come tale, "pur senza sintomi e pregiudizi funzionali attuali" e indipendentemente dall'incidenza sulla capacità di produzione di reddito, 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.

Invece Cass., sez. lav., 24 giugno 2008, n. 17158, in analoga fattispecie di epatite post-trasfusionale silente ed asintomatica, pur tenendo conto della precedente pronuncia, se ne discosta affermando che il riconoscimento del diritto all'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992 richiede come presupposto indefettibile l'inquadramento dell'infermità derivante da emotrasfusioni in una di quelle che — per incidere sulla capacità lavorativa generica e per dare diritto a pensione o ad assegni temporanei — sia prevista in una delle categorie di cui alla tabella A (allegata al d.P.R. 834/81), e sia poi, a seconda del suo grado di invalidità, liquidabile nella misura indicata nella tabella B (di cui alla l. n. 176 del 1977, poi modificata dalla l. n. 111 del 1984). Ed ha escluso la necessità di un'interpretazione adeguatrice sulla base del rilievo dell'impossibilità di assimilare ai fini del riconoscimento dell'indennizzo la situazione di chi si sia sottoposto ad un trattamento sanitario imposto per legge (o incentivato e promosso dalla pubblica utilità) e la situazione di chi abbia fatto ricorso ad un trattamento terapeutico non obbligatorio. La Corte quindi ha richiesto il necessario inquadramento del danno permanente in una delle otto categorie della tabella A,

ritenendo all'opposto l'impossibilità dell'interpretazione costituzionalmente orientata predicata da Cass., sez. lav., 4 maggio 2007, n. 10214 (in precedenza cfr. anche Cass., sez. lav., 16 giugno 2005, n. 12946, secondo cui la tutela indennitaria in esame non può estendersi al di là delle ipotesi specificamente previste dalla l. 25 febbraio 1992 n. 210).

12. Orbene, muovendosi sul piano degli ordinari canoni interpretativi, una prima considerazione da fare è che, pur se la richiamata tabella A classifica e tipicizza una serie numerata di infermità o menomazioni all'integrità fisica, graduata secondo la gravità delle stesse in otto categorie, non c'è, nelle fattispecie di cui all'art. 1 della legge n. 210/92, una necessità di rigido incasellamento del danno permanente in una di tali ipotesi; non c'è un sistema tabellare rigido come c'era, *mutatis mutandis*, per le malattie professionali prima della dichiarazione di incostituzionalità del sistema tabellare (sentenza n. 179 del 1988). Il fatto che il danno permanente non rientri in alcuna delle specifiche ipotesi, dalla prima all'ottava categoria, non è di per sé preclusivo dell'indennizzo. Vale invece il criterio dell'equivalenza prescritto dall'art. 11 d.P.R. 915/78 che espressamente prevede che "le infermità non esplicitamente elencate nelle tabelle A e B debbono ascrivere alle categorie che comprendono infermità equivalenti"; disposizione questa che, appartenendo al sistema tabellare delle pensioni di guerra, deve ritenersi che integri il rinvio che il quarto comma dell'art. 4 fa alla tabella A. Ossia il criterio dell'equivalenza, proprio del regime delle pensioni di guerra, è insito nel richiamo che l'art. 4, comma 1, fa della tabella A sicché il sistema classificatorio richiamato dalla legge 210/1992 non è un sistema tabellare chiuso, bensì è aperto per il tramite del criterio di equivalenza dell'art. 11 cit.. Interpretazione questa, di tipo sistematico, che soddisfa l'esigenza di assicurare congruità ad un richiamo testuale (quello dell'art. 4, comma 4) che, se rigidamente inteso come sistema tabellare chiuso, apparirebbe invece incongruo per essere la tabella A dettata per fattispecie del tutto diverse (quelle riconducibili alle pensioni di guerra) rispetto a quelle dei trattamenti sanitari obbligatori e non.

13. L'altra considerazione che può farsi, procedendo nell'iter logico-argomentativo, è che non può escludersi che, pur operando il criterio dell'equivalenza, il danno permanente risulti essere al di sotto dell'ottava categoria, perché di gravità non comparabile con nessuna delle "infermità" catalogate, come meno gravi, nell'ottava categoria; l'ipotesi tipica è quella della malattia silente o asintomatica.

Invece il sistema del t.u. 915/78 è mirato a coprire tendenzialmente tutti di danni da eventi bellici, anche quelli lievi; e non potrebbe essere diversamente. A tal fine è la tabella B che, implementata con il criterio dell'equivalenza, costituisce una sorta di clausola di chiusura del sistema delle pensioni di guerra per cui ciò che non rientra nella tabella A rientra verosimilmente nella tabella B. Ma quest'ultima, nel sistema dell'indennizzo del danno permanente di cui alla legge n. 210/92, non è richiamata dall'art. 4, comma 4, che – come più volte rilevato – fa riferimento solo alla tabella A.

Ed allora può dirsi che il mancato richiamo della tabella B ed il rinvio alla sola tabella A comporta, sul piano degli ordinari canoni interpretativi, che c'è una soglia di danno permanente minimo, al di sotto della quale non c'è l'indennizzo *ex l.* n. 210/92 fino a quando la malattia, ancora silente ed asintomatica, non si manifesti superando la soglia suddetta. Peraltro, in sintonia con tale interpretazione così ricostruita – può notarsi marginalmente - le linee guida del citato Accorso Stato-Regioni prescrivono che la Commissione medica debba valutare il danno permanente indicando a quale categoria appartenga ovvero specificando, al contrario, che il danno non è inquadrabile – può aggiungersi, pur con il predicato criterio dell'equivalenza (v. sopra § 12) – in nessuna di tali categorie, neppure nell'ottava che è quella che elenca i danni meno gravi.

14. La tenuta di questa conclusione, così raggiunta sul piano degli ordinari canoni interpretativi, va ora verificata sul piano dell'interpretazione adeguatrice.

In generale può considerarsi che - se da una parte i parametri costituzionali appartengono al quadro normativo di riferimento della disposizione da interpretare e quindi partecipano all'ordinario processo di interpretazione sistematica, la quale, in tal caso, risulta (anche) "costituzionalmente orientata" - invece l'interpretazione "adeguatrice" si muove sul piano del controllo di costituzionalità. Controllo che per la normativa primaria è – com'è noto – accentrato nel giudizio di costituzionalità innanzi alla Corte costituzionale, ma che, in ragione della stessa giurisprudenza costituzionale (a partire dalla sentenza n. 456 del 1989), vede coinvolti i giudici comuni nella misura in cui essi sono onerati – e quindi anche, per altro verso, facoltizzati – a ricercare un'interpretazione diversa da quella alla quale condurrebbero gli ordinari canoni interpretativi, ma che, pur se meno plausibile alla luce degli stessi, risulta da preferirsi perché evita un dubbio non manifestamente infondato di illegittimità costituzionale

della disposizione da applicare nel giudizio e quindi evita il giudizio incidentale di costituzionalità.

L'interpretazione "adeguatrice" – che non presuppone necessariamente che una disposizione sia manifestamente polisensa, non essendo rari, in giurisprudenza, i casi in cui essa ha riguardato norme il cui significato appariva abbastanza chiaro alla luce di un'interpretazione letterale e sistematica – ha ampio spazio e può essere operata dai giudici comuni (che formano il c.d. diritto vivente) o dalla stessa Corte costituzionale (con pronuncia di non fondatezza, di norma "nei sensi di cui in motivazione") o talvolta dai primi in sintonia con quest'ultima (che, con pronuncia di inammissibilità, invita il giudice rimettente ad affettuarla, talvolta indicandone anche la direzione).

Non di meno i pur rari casi, che hanno visto un sostanziale contrasto in ordine alla praticabilità dell'interpretazione adeguatrice tra questa Corte e la Corte costituzionale, mostrano che c'è comunque una sorta di "limite fisico" all'interpretazione adeguatrice, individuato dal diritto vivente, al di là del quale la Corte costituzionale si riserva, eventualmente in seconda battuta, di intervenire con la pronuncia di incostituzionalità (l'ipotesi più recente è quella alla fine sfociata nella pronuncia di incostituzionalità dichiarata con sentenza n. 299 del 2005).

15. Nella fattispecie ora all'esame di questa Corte, che segna l'odierno *thema decidendum*, i ripetuti interventi della Corte costituzionale in materia, di cui sopra si è detto nel tracciare il quadro normativo di riferimento, hanno evidenziato bene i paletti entro i quali deve muoversi il legislatore ordinario, sicché un problema di interpretazione adeguatrice potrebbe porsi solo se la disposizione da applicarsi (risultante dagli artt. 1, comma 3, e 4, comma 4), ricostruita a mezzo degli ordinari canoni interpretativi, entrasse in conflitto con parametri costituzionali secondo una valutazione limitata al mero "dubbio non manifestamente infondato".

Orbene, ricorrente è, nella giurisprudenza costituzionale sopra richiamata, l'affermazione riassuntiva così enunciata: "la menomazione della salute derivante da trattamenti sanitari può determinare una di queste tre conseguenze: a) il diritto al risarcimento pieno del danno, riconosciuto dall'art. 2043 del codice civile, in caso di comportamenti colpevoli; b) il diritto a un equo indennizzo, discendente dall'art. 32 della Costituzione in collegamento con l'art. 2, ove il danno, non derivante da fatto illecito, sia stato subito in conseguenza dell'adempimento di un obbligo legale; c) il



diritto, a norma degli artt. 38 e 2 della Costituzione, a misure di sostegno assistenziale disposte dal legislatore, nell'ambito dell'esercizio costituzionalmente legittimo dei suoi poteri discrezionali, in tutti gli altri casi.” (cfr. sent. 118 del 1996; n. 226 del 2000).

Viene allora in rilievo, e può richiamarsi, proprio in sintonia con questa giurisprudenza, la distinzione sopra fatta (*sub* § 6) in ordine alla *ratio legis* sottesa alla legge n. 210 del 1991 e segnatamente al suo art. 1: la discrezionalità del legislatore in caso di trattamenti sanitari non prescritti per legge (o provvedimento) è ampia a fronte di una discrezionalità più stretta in caso di trattamenti sanitari obbligatori.

La fattispecie che ora viene all'esame di questa Corte è quella del comma 3 dell'art. 1 cit, alla quale è assimilabile quella del comma 2. Si tratta di emotrasfusioni o somministrazione di emoderivati che non possono qualificarsi come trattamenti sanitari prescritti per legge. Il legislatore ordinario quindi – va ribadito – ha ampia discrezionalità, nel rispetto comunque del principio di eguaglianza e di ragionevolezza, sia nell'individuare in quale ipotesi approntare “misure di sostegno assistenziale”, sia nel dimensionare quantitativamente una tale provvidenza.

Ed allora la circostanza che, secondo l'interpretazione letterale e sistematica degli artt. 1 e 4 della legge n. 210/92, il danno permanente alla salute, non ascrivibile ad alcun comportamento colpevole e quindi non risarcibile *ex art.* 2043 c.c. comporti l'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992, nel caso di epatite post-trasfusionale o da somministrazione di emoderivati (commi 2 e 3 dell'art. 1 cit.), sempre che superi una soglia minima non fa sorgere alcun dubbio, non manifestamente infondato, di legittimità costituzionale in riferimento agli artt. 2 e 38 Cost.: ben poteva il legislatore non prevedere la provvidenza assistenziale dell'indennizzo nell'ipotesi, tendenzialmente residuale ed apprezzabile con valutazione medico-legale dalla Commissione di cui all'art. 165 d.P.R. n. 1092/73, dei danni inferiori a tale soglia.

Quindi, conclusivamente può dirsi che il risultato al quale si perviene nella lettura degli artt. 1, commi 2 e 3, e dell'art. 4 cit., a mezzo degli ordinari canoni interpretativi resiste anche alla verifica e al confronto con i parametri costituzionali degli artt. 2 e 38 Cost., i quali, per le ragioni appena esposte, non richiedono, nella fattispecie, una diversa “interpretazione adeguatrice”, così come ha già ritenuto Cass., sez. lav., 24 giugno 2008, n. 17158, cit., discostandosi motivatamente da Cass., sez. lav., 4 maggio 2007, n. 10214, cit..

L'affermazione di una soglia minima di indennizzabilità comporta anche – può aggiungersi – che il termine di decadenza di tre (e dieci) anni, di cui all'art. 3, comma 1, si sposta in avanti nel senso che comincia da decorrere dal momento della consapevolezza, da parte di chi chiede l'indennizzo, del superamento della soglia.

16. In conclusione il denunciato contrasto di giurisprudenza va risolto dovendo affermarsi il seguente principio di diritto: *l'art. 1, comma 3, della legge 25 febbraio 1992, n. 210, letto unitamente al successivo art. 4, comma 4, deve interpretarsi nel senso che prevede un indennizzo in favore di coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali sempre che tali danni possano inquadrarsi, pur alla stregua di un mero canone di equivalenza, e non già secondo un criterio di rigida corrispondenza tabellare, in una delle infermità classificate in una delle otto categorie di cui alla tabella B annessa al 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, rientrando nella discrezionalità del legislatore, compatibile con il principio di solidarietà (art. 2 Cost.) e con il diritto a misure di assistenza sociale (art. 38 Cost.), la previsione di una soglia minima di indennizzabilità del danno permanente alla salute nel caso di trattamenti sanitari non prescritti dalla legge o da provvedimenti dell'autorità sanitaria.*

17. Nella specie la Corte d'appello di Firenze, in sintonia con il principio di diritto appena affermato, ha recepito le conclusioni della c.t.u. secondo cui l'epatite post-trasfusionale di cui era affetta la sig. **C.** doveva qualificarsi come di "minima entità" e quindi - pur tenendo conto del "criterio dell'equivalenza" ed in particolare operando una comparazione con le infermità e le menomazioni tabellate – essa non era ascrivibile ad alcuna categoria di quelle previste dalla menzionata tabella A; il danno biologico poteva quantificarsi nella misura del 5% ed era semmai riconducibile alla tabella B del d.P.R. n. 915/78, non richiamata dall'art. 4, comma 4, legge n. 210/92.

Secondo la Corte d'appello si tratta di epatite cronica a minima attività il cui "danno funzionale è pressoché inesistente" e non consente di valutare la presenza di una malattia che sia inquadrabile in alcuna delle categorie della tabella A).

Queste valutazioni contenute nell'impugnata sentenza sono corrette in diritto perché la Corte d'appello non accede ad una rigida e formale nozione "tabellare" del danno irreversibile, ma tiene conto proprio del criterio di mera equivalenza alle

patologic e alle conseguenti menomazioni "tabellate", ma predica al contempo una soglia di danno irreversibile minimo al di sotto del quale non sorge il diritto all'indennizzo. La pronuncia è quindi corretta in diritto.

Il risultato di questa valutazione per equivalenza implica poi un tipico giudizio di merito censurabile solo per vizio di motivazione, nella specie non sussistente essendo la motivazione dell'impugnata sentenza sufficiente e nient'affatto contraddittoria.

18. Il ricorso va quindi rigettato.

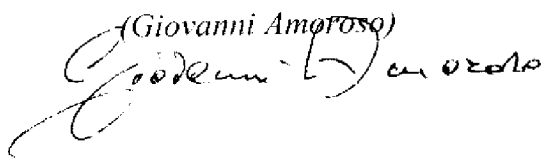
Non occorre provvedere sulle spese di lite *ex art.* 152 disp. att. cod. proc. civ., nuovamente vigente a seguito di C. cost. n. 134 del 1994, non trovando applicazione *ratione temporis* l'art. 42, comma 11, d.l. 30 settembre 2003 n. 269, c onv. in l. 24 novembre 2003 n.326.

PER QUESTI MOTIVI

La Corte, a Sezioni Unite, rigetta il ricorso; nulla sulle spese.

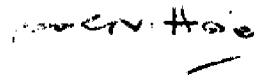
Così deciso in Roma il 12 gennaio 2010

Il Consigliere estensore

(Giovanni Amoroso)


Il Presidente

(Paolo Vittoria)



IL CANCELLIERE
 Giovanni Diabattista

Depositata in Cancelleria
 1 APR. 2010

 IL CANCELLIERE
 Giovanni Diabattista

