

Svolgimento del processo

1. T.G., premesso di essere affetta da *Thalassemia major* e di essere stata, per tale ragione sottoposta, sin dall'aprile 1976, a periodiche trasfusioni di globuli rossi concentrati, esponeva, con ricorso al tribunale di Milano, di aver contratto il virus HCV (epatite post-trasfusionale), verosimilmente in conseguenza di tali trattamenti trasfusionali.

La ricorrente, inoltre, ricordava che nel marzo 1995 aveva presentato domanda al Ministero della Sanità, per ottenere l'indennizzo previsto dalla *L. n. 210 del 1992* e di aver conosciuto l'esito del giudizio della commissione medica soltanto nell'aprile 2000. La commissione, pur riconoscendo la sussistenza del nesso causale, concludeva che il contagio da virus HCV non era ascrivibile a nessuna categoria della tabella A, allegata al *D.P.R. n. 834 del 1981*.

Dopo aver proposto invano ricorso gerarchico, la ricorrente proponeva domanda giudiziale nei confronti del Ministero della salute innanzi al Tribunale del Lavoro di Milano, che, con sentenza del 12 luglio 2002, rigettava il ricorso, ritenendo che la T. non era "portatrice di patologie tabellate".

Interposto gravame, la Corte di appello di Milano con sentenza dell'8 luglio 6 ottobre 2004 confermava la decisione di primo grado.

2. Avverso questa pronuncia ha proposto ricorso per Cassazione la T. articolato in quattro motivi ed illustrato anche con successiva memoria.

Ha proposto controricorso il Ministero della salute, formulando anche ricorso incidentale condizionato, cui ha resistito la ricorrente principale con controricorso.

Con ordinanza interlocutoria del 18 settembre - 23 dicembre 2008, la sezione lavoro della Corte di cassazione, rilevata l'esistenza di un contrasto di giurisprudenza, ha disposto l'invio del procedimento al Primo Presidente, per l'eventuale rimessione alle Sezioni unite Entrambe le parti hanno depositato memoria.

Motivi della decisione

1. Il ricorso per Cassazione della T. è fondato su quattro distinti motivi. Con il primo viene contestata la violazione e falsa applicazione *dell'art. 195 c.p.c.*, per avere il giudice di merito omesso di esaminare analiticamente i rilievi contenuti nella consulenza di parte.

Con altro motivo di ricorso, si deduce, poi, violazione della *L. 25 febbraio 1992, n. 210, artt. 1 e 4* e del *D.P.R. n. 914 del 1978, art. 11*, dovendosi ritenere che l'indennizzo sia dovuto indipendentemente dallo stato attuale di sofferenza.

La T., ancora, assume la violazione *dell'art. 3 Cost.*, per il fatto che in numerosi altri procedimenti amministrativi, conseguenti al contagio da HCV, l'indennizzo sarebbe stato concesso.

Con l'ultimo motivo di ricorso si assume l'omessa considerazione da parte dei giudici di merito del pregiudizio all'integrità psichica del contagiato, che alla luce dell'art. 4 della citata legge, concorrerebbe a determinare il danno indennizzabile.

2. Ha proposto ricorso incidentale condizionato il Ministero della salute per violazione e falsa applicazione del *D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, art. 7, comma 1 e 2, lett. a)*, nonché art. 114; del *D.P.C.M. 26 maggio 2000, artt. 2 e 3*; del *D.P.C.M. 8 gennaio 2002, artt. 1, 2 e 4*.

Non sussisterebbe, infatti, la legittimazione del Ministero della Salute, in virtù dell'intervenuto trasferimento alle Regioni delle relative funzioni. A giudizio dell'amministrazione centrale, infatti, la legittimazione passiva spetterebbe alla Regione, non solo per le istanze presentate dopo il 31.12.2000, ma anche per quelle presentate prima e non definite alla data del 1.1.2001, nè a alla data indicata dall'Accordo Stato-Regioni, del 21.2.2001. 3. Il due ricorsi, principale ed incidentale, possono essere riuniti avendo ad oggetto la stessa sentenza impugnata.

4. Il ricorso principale - il cui primo motivo è inammissibile per genericità e che può essere esaminato unitariamente quanto agli altri motivi che sono strettamente connessi, ruotando intorno alla questione di diritto che ha visto radicarsi un contrasto di giurisprudenza - è infondato.

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

della *L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 1, commi 2 e 3*, e art. 4, comma 4, (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, ne 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. *L. n. 210 del 1992* che - facendo seguito alla fondamentale sentenza n. 307 del 1990 della Corte costituzionale dichiarativa dell'illegittimità costituzionale della *L. 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 nel l'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 ordinati, 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 la *L. 29 ottobre 2005, n. 229, art. 1*, 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 Cost.*, comma 2) e dell'inabilità al lavoro (*art. 38 Cost.*, comma 1).

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 mal formata, quali l'amelia, l'emimelia, la focomelia e la macromelia, conseguenti alla somministrazione di talidomide (*L. 24 dicembre 2007, n. 244, art. 2, comma 363*) 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, nella *L. n. 210 del 1992, art. 1*, 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 psicofisica (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 "permanenti" (o "irreversibili") alla integrità psicofisica (art. 1, commi 2 e 3).

I termini "menomazione permanente" (art. 1, comma 1), "danni permanenti" (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 perchè la simmetria delle due fattispecie era comunque carente non prevedendosi il danno permanente alla salute causato da infezione da HCV (epatite) agli operatori sanitari, nè 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 permanenti 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 de 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 della *L. n. 210 del 1992, art. 2, comma 2 e 3, comma 7*, 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 il *D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, art. 7*, conv. dalla *L. 20 dicembre 1996, n. 641, art. 1, comma 1*, e poi con la *L. 25 luglio 1997, n. 238* (modificativa ed integrativa della *L. 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 pregressi 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 *L. n. 210 del 1992*, sopra rimarcata.

Si prevedeva infatti che i "soggetti di cui alla *L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 1, comma 1*" - 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, a 30 per cento dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art. 1 cit., comma 1, 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: cfr. 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 *L. 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 anti-epatite B, a partire dall'anno 1983).

Tale differenziazione tra le due situazioni si accentua, in epoca più recente, con la *L. 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 alla *L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 1, comma 1*", ossia solo di chi abbia subito un danno permanente alla salute per effetto di vaccinazioni obbligatorie (cfr. 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 *L. n. 210 del 1992*, non è applicabile ai soggetti danneggiati da epatite post- trasfusionale o da infezione HIV; cfr. 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 alla *L. 29 ottobre 2005, n. 229*, cit., art. 1 e non già a quello originariamente previsto dalla *L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 1* (cfr. 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 nè nel caso di trattamenti sanitari prescritti per legge, quali le vaccinazioni obbligatorie, nè 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 perchè, 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 al *D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092, art. 165*) 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 del 1973* cit.). Quindi la commissione medica non solo deve accertare il nesso di causalità, ma è chiamata anche ad esprimere a "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 nella *L. n. 210 del 1992, art. 4, comma 4*, trova poi riscontro anche nel precedente art. 2, comma 2, che fissa la misura dell'indennizzo spettante richiamando la tabella B allegata alla *L. 29 aprile 1976, n. 177*, come modificata dalla *L. 2 maggio 1984, n. 111, art. 8*, 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 *L. 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, dalla cit. *L. n. 229 del 2005, art. 1*, 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 perchè riferita a danni alla salute cagionati da eventi bellici traumatici (tant'è che il danno permanente tabellato più ricorrente è quello della mutuaione 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 dal regolamento adottato con *D.M. 2 ottobre 2009, n. 163, art. 1, comma 2*). 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 *L. 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 a *D.P.R. n. 834 del 1981*), 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 tipizza 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 alla *L. n. 210 del 1992, art. 1*, 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 dal *D.P.R. n. 915 del 1978, art. 11*, 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 l'art. 4, comma 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 *L. n. 210 del 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, perchè 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 *D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915*, 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 *L. n. 210 del 1992*, 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 del 1992* 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 p. 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 perchè 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 cd. 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, sicchè un problema di interpretazione adeguatrice potrebbe porsi solo se la disposizione da applicarsi (risultante dall'art. 1, comma 3, e art. 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 c.c.*, in caso di comportamenti colpevoli; b) il diritto a un e *quo* indennizzo, discendente *dall'art. 32 Cost.*, in collegamento con l'art. 2, o ve 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 Cost.*, 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 p. 6) in ordine alla *ratio legis* sottesa alla *L. 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 art. 1 cit., comma 3, 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 nel 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 della *L. n. 210 del 1992*, *artt. 1 e 4*, 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 *L. 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 al *D.P.R. n. 1092 del 1973, art. 165*, 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: la *L. 25 febbraio 1992, n. 210, art. 1, comma 3*, 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 citi 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 (ari. 38 *Cosi.*), 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 Milano, in sintonia con il principio di diritto appena affermato, ha recepito le conclusioni della c.t.u. secondo cui non sussisteva alcuna menomazione dell'integrità fisica, nè un quadro di sofferenza epatica, nonostante la sieropositività al virus HCV, trattandosi di un'infezione del tutto asintomatica e silente.

Queste valutazioni contenute nell'impugnata sentenza sono corrette in diritto perchè 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 patologie e alle conseguenti menomazioni "tabellate", predicando 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. Al ricorso incidentale condizionato ha rinunciato il Ministero intimato talchè deve dichiararsi l'estinzione del relativo giudizio.

19. In conclusione il ricorso principale va rigettato, non dovendo provvedersi alle spese ex art. 152 disp. att. cod. proc. civ., nuovamente vigente a seguito di C. cost. n. 134 del 1994, non trovando applicazione *ratione temporis* il *D.L. 30 settembre 2003, n. 269, art. 42, comma 11*, conv. in *L. 24 novembre 2003, n. 326*.

Va invece dichiarato estinto per rinuncia il giudizio promosso con il ricorso incidentale condizionato, le cui spese di lite possono essere compensate tra le parti le spese sussistendone giustificati motivi.

P.Q.M.

La Corte, a Sezioni Unite, riunisce i ricorsi; rigetta il ricorso principale e dichiara estinto per rinuncia quello relativo al ricorso incidentale; compensa tra le parti le spese di giudizio.

Così deciso in Roma, il 12 gennaio 2010.

Depositato in Cancelleria il 1 aprile 2010