

La definizione della condizione di disabilità e la riforma del sistema di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità*

DOMENICO SABIA, ANNALISA CECCHETTI**

Sommario: 1. Il “disegno di legge” delega al Governo: contenuti. – 2. Quadro normativo vigente. – 3. I Piani biennali dell'Osservatorio nazionale delle persone con disabilità. – 4. Ipotesi di riforma. – 4.1. Unificazione in capo ad un unico soggetto delle funzioni accertativa, di liquidazione ed erogazione delle prestazioni e unificazione e semplificazione del procedimento. – 4.2. Unicità, collegialità e multidisciplinarietà dell'accertamento sanitario. – 4.3. Riforma dei sistemi e criteri di valutazione medico legale. – 4.4. Certificazione unica. – 4.5. Definizione delle categorie giuridiche in materia di disabilità. – 4.6. Soppressione del sistema di revisione straordinaria e modifica della revisione ordinaria. – 4.7. Correttivi al procedimento accertativo. – 5. Tutela giudiziaria dei diritti

Data della pubblicazione sul sito: 8 marzo 2021

Suggerimento di citazione

D. SABIA, A. CECCHETTI, *La definizione della condizione di disabilità e la riforma del sistema di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 1, 2021. Disponibile in: www.forumcostituzionale.it.

* Il presente contributo è stato elaborato nell'ambito di un progetto di ricerca condotto in collaborazione con ANMIC (Associazione nazionale mutilati e invalidi civili) ed è inserito nella sezione monografica del fascicolo a cura di Elena Vivaldi e Andrea Blasini.

** Domenico Sabia è avvocato del Foro di Avellino, e Responsabile nazionale dell'Ufficio legale e legislativo dell'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili. Indirizzo mail: sorvino-sabia@libero.it. Annalisa Cecchetti è avvocatessa del Foro di Pisa e vicepresidente nazionale dell'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili. Indirizzo mail: annalisacecchetti@gmail.com.

1. Il “disegno di legge” delega al Governo: contenuti

L'articolo 1 del disegno di legge recante delega al Governo per l'adozione di un Codice della disabilità, prevede l'emanazione di uno o più decreti legislativi cui è affidato il compito di armonizzare, riordinare, semplificare ed innovare le disposizioni vigenti in materia di disabilità.

A tal fine, il comma 2, individua nove settori di intervento e per quanto interessa, le lettere a) e b) fanno rispettivamente riferimento alla “definizione della condizione della disabilità” e “all'accertamento e certificazione”.

Il successivo comma 3, rispettivamente alle lettere f) e g) detta i criteri direttivi cui il Governo sarà tenuto ad attenersi nell'attuazione della delega.

In tal senso è stato disposto che:

- con riguardo alla definizione della condizione di disabilità, il Governo dovrà:

1) considerare la persona con disabilità nella sua complessità ed in una prospettiva multidimensionale, caratterizzata da esigenze materiali, esistenziali, relazionali, affettive, formative e culturali, nonché relative al contesto ambientale;

2) definire la condizione di disabilità, intesa come insieme di barriere di qualsiasi natura che limitano, ostacolano o impediscono, anche temporaneamente, il pieno ed armonico sviluppo, all'interno della società, della personalità in relazione alla complessiva condizione psico-fisica e sensoriale, superando valutazioni limitate a criteri esclusivamente quantitativi, tenendo conto delle implicazioni relative a diversi livelli di non autosufficienza;

- con riguardo alle procedure per l'accertamento della condizione di disabilità:

1) semplificare le procedure e i procedimenti relativi all'accertamento della condizione di disabilità, compresi quelli richiesti per fruire di interventi assistenziali socio-sanitari, garantendo la conclusione degli stessi in tempi definiti, nel rispetto dei principi di imparzialità, efficienza, pari opportunità, non discriminazione, anche al fine di non aggravare i familiari che assistono la persona con disabilità, assicurandosi, tra l'altro, un costante aggiornamento delle ipotesi in cui l'accertamento ha carattere permanente;

2) semplificare la condizione di esercizio dei diritti delle persone con disabilità attraverso la creazione di una infrastruttura informatica contenente, nel rispetto della tutela della riservatezza dei dati personali, la certificazione, le informazioni riguardanti la condizione sociale, economica e sanitaria della persona con disabilità, nonché le istanze e l'eventuale documentazione relativa ai procedimenti volti alla fruizione dei benefici economici, previdenziali e assistenziali dei servizi ed interventi di assistenza socio-sanitaria che spettano alla stessa; la medesima infrastruttura contiene altresì le informazioni relative ai benefici eventualmente spettanti ai familiari o alle persone che hanno cura della persona con disabilità.

2. Quadro normativo vigente

Il sistema di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità è costituito da un complesso di norme che disciplinano il procedimento amministrativo, i criteri di valutazione medico-legale e bio-psico-sociale nonché la tutela giudiziaria, finalizzati al riconoscimento di prestazioni di natura assistenziale, economiche e non.

Tale sistema, che attualmente interessa oltre tre milioni di persone, si è sempre caratterizzato per una sua irragionevole complessità che lo ha reso spesso inidoneo a tutelare adeguatamente gli interessi delle persone con disabilità e, di conseguenza, l'interesse pubblico alla stessa connesso.

In questi ultimi quarant'anni gli interventi legislativi sono stati numerosi e spesso non coerenti: le funzioni di accertamento, di erogazione e liquidazione delle prestazioni economiche sono state costantemente distribuite tra diverse soggettività pubbliche (Ministero dell'Interno, ASL, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Regioni, Comuni, INPS) con controlli degli uni sugli altri (USL – Ministero dell'Economia e delle Finanze, ASL-INPS) e la permanente presenza di un sistema di revisione straordinaria che, dagli anni 90 in poi, si è sovrapposto all'accertamento ordinario in funzione di “repressione di abusi e di risparmio di spesa”¹.

L'attuale sistema trova la sua disciplina in sparse disposizioni normative che non hanno avuto l'effetto di costruire un percorso accertativo della disabilità lineare, semplice, giusto ed efficiente.

Oggi si è in presenza di un sistema duale ASL ed INPS, con una decisa prevalenza del ruolo dell'Istituto previdenziale anche nella fase accertativa della disabilità che si è aggiunta alle funzioni di liquidazione e di erogazione delle prestazioni economiche già attribuite all'Ente dal decreto legislativo n. 112 del 1998, art. 130.

Nell'ultimo decennio, il sistema imperniato sull'accertamento medico-legale da parte delle Commissioni mediche ASL, di cui alla legge n. 295 del 15 ottobre 1990 e al D.M. n. 387/1991, è stato sensibilmente modificato dall'art. 20 della legge n. 102/2009².

Tale norma ha disposto che le Commissioni medico legali delle ASL, deputate in via ordinaria all'accertamento delle forme di invalidità e disabilità, fossero integrate da un medico designato dal Centro medico legale dell'INPS, quale componente effettivo.

¹ M. SCORDA, *L'invalidità civile nella vigente legislazione*, Experta, Forlì, 2009, pp. 117 ss.

² Circolare INPS n. 131 del 28 dicembre 2009 – art. 20 d.l. n. 78/2009 conv. legge n. 102 del 3 aprile 2009.

Inoltre, l'inciso contenuto nell'art. 20 citato, secondo cui all'Istituto compete l'accertamento in via definitiva della disabilità, è stato interpretato con la Delibera del Commissario Straordinario dell'INPS n. 159/2008, come costituzione di un sistema ulteriore di controllo sui verbali delle Commissioni ASL da parte di Commissioni mediche INPS appositamente istituite.

Il controllo che – sempre secondo la richiamata delibera – sarebbe dovuto avvenire solo sui verbali approvati a maggioranza è diventato generalizzato e, come se non bastasse, a chiusura del sistema la Commissione medica superiore dell'INPS è stata trasformata da struttura di regolamentazione dell'uniformità valutativa medico legale ad organismo di controllo finale sui verbali di accertamento, in funzione sostanzialmente repressiva, come dimostrano i risultati condotti sulle verifiche effettuate³.

A completare il complesso sistema è, da ultimo, intervenuta la legge n. 15 luglio 2011, n. 111 che ha previsto che le Regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'INPS, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità.

A tale sistema di accertamento si sovrappongono quello della revisione straordinaria e della revisione ordinaria, anche se la prima - al momento - non viene più attivata per decorrenza dei limiti temporali di esercizio.

Il primo è stato affidato – da ultimo - all'INPS con l'art. 20 della legge 102/2009, al fine di procedere all'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari che hanno dato luogo alla concessione di benefici economici agli invalidi civili, ai ciechi e ai sordi; quanto al secondo sempre l'INPS è stato investito, per effetto della legge n. 114/2014, della funzione di riesame delle posizioni di quei soggetti i cui verbali di accertamento prevedono la rivedibilità.

In sintesi, la fase dell'accertamento medico legale è stata ripartita tra ASL e INPS: l'Ente previdenziale ha assorbito le funzioni ASL in quelle Regioni in cui sono state stipulate convenzioni in tal senso mentre è presente all'interno delle Commissioni ASL dove non opera la delega e procede alla verifica dei verbali redatti da queste ultime.

Conseguentemente, sul territorio nazionale si sono create disparità di trattamento per i soggetti disabili sia in ordine alla diversità dei soggetti pubblici che gestiscono la fase accertativa sia per i diversi gradi di valutazione cui sono sottoposti nelle varie aree del Paese, sia per la diversificazione dei criteri medico-legali di accertamento che organi appartenenti a diverse amministrazioni utilizzano⁴.

³ D. SABIA, *L'Invalidità civile – novità normative anni 2009 – 2018*, ANMIC – ufficio legislativo, pp. 21 ss.

⁴ *Ibidem*.

Inoltre, i riparti di competenza, così come i diversi gradi di valutazione hanno reso il procedimento accertativo lungo; allo stesso modo l'uso di tabelle valutative datate al 1992 ha reso difficile se non estremamente opinabile la valutazione medico legale del grado di invalidità, col perpetuarsi, spesso, di ingiustizie gravi; così come la valutazione per similitudine di patologie non inserite nelle tabelle ha prodotto giudizi ampiamente discrezionali e spesso non appropriati. Le linee guida, adottate dall'INPS come disposizioni interne, non hanno reso congrui e "giusti" i criteri di valutazione degli stati invalidanti, essendo state finalizzate alla riduzione, spesso indiscriminata, dei presupposti medico-legali per la fruizione dei benefici economici delle persone disabili.

Da ultimo, il legislatore in una logica apparentemente ma falsamente semplificativa, con legge n. 120/2020, art. 29 bis, ha introdotto la possibilità per le Commissioni di accertamento di valutare lo stato invalidante e l'handicap "sugli atti", "eliminando l'esame clinico diretto" che invece costituisce un elemento essenziale per una diagnosi corretta ed adeguata, sia sotto il profilo medico-legale che funzionale.

La necessità di una riforma complessiva e strutturale è di tutta evidenza.

Si tratta di un lavoro complesso attesa la pluralità dei soggetti attualmente coinvolti, nonché la molteplicità delle aree interessate dalla riforma (lavoro, scuola, sanità, assistenza sociale).

A ciò deve aggiungersi che il sistema di servizi, di benefici e provvidenze previsti dal vigente ordinamento è collegato alle due distinte posizioni giuridiche di "soggetto portatore di handicap" e di "soggetto invalido fisico, psichico e sensoriale" che presuppongono per il loro riconoscimento "distinti criteri e percorsi valutativi", anche se normalmente la valutazione della "inclusività" presuppone la diagnosi medico legale della funzionalità.

Infine, difficoltà nascono dalle previsioni normative costituzionali – articoli 38 e 117 – che attribuiscono, rispettivamente, allo Stato la competenza in materia di erogazione di prestazioni economiche ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere e alle Regioni la competenza in materia di assistenza sociale⁵.

Sicché, in via tendenziale, l'accertamento della riduzione della capacità lavorativa del soggetto ai fini della concessione di prestazioni economiche rientra nelle competenze dello Stato mentre quello dell'handicap e cioè la valutazione dei limiti della capacità inclusiva delle persone e l'adozione dei mezzi necessari per realizzare una situazione di pari opportunità rientra nelle competenze delle Regioni, salvo che si verta in prestazioni essenziali che sono di competenza statale.

⁵ T. DELLA MURA, *I bisogni della disabilità, le omissioni della politica e le innovazioni dell'amministrazione sussidiaria*, in E. VIVALDI (a cura di), *Disabilità e sussidiarietà: il "dopo di noi" tra regole e buone prassi*, Il Mulino, Bologna, 2012, p. 60

La previsione normativa di cui alla legge 15 luglio 2011, n. 111 che aveva tentato di superare tale dicotomia attraverso il meccanismo dell'accordo tra Regioni e INPS per il trasferimento a quest'ultimo di tutte le competenze in materia di accertamento si è rivelata non risolutiva, dal momento che molte Regioni non hanno proceduto a stipulare convenzioni con l'Istituto previdenziale per il trasferimento delle funzioni accertative.

3. I Piani biennali dell'Osservatorio nazionale delle persone con disabilità

L'approvazione di una legge delega al Governo per l'adozione di un Codice della disabilità, contenente anche la riforma del sistema dell'accertamento, è stata una delle richieste formulate dall'[Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità](#), l'organismo istituito ai sensi dell'[art. 3 della legge 3 marzo 2009, n. 18](#) con funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche nazionali in materia di disabilità con particolare riferimento: alla promozione dell'attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, siglata a New York il 13 dicembre 2006; alla predisposizione di un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e internazionale; alla promozione della raccolta di dati statistici e della realizzazione di studi e ricerche sul tema; alla predisposizione della relazione sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità.

L'Osservatorio ha ad oggi elaborato due successivi Programmi d'azione biennali, individuando le aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione e la tutela dei diritti delle persone con disabilità, al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 e della Convenzione ONU ratificata dall'Italia nel 2009.

Il primo "Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità"⁶, individuava come azione prioritaria (Linea di Intervento 1) la "revisione del sistema di accesso, riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità e modello di intervento del sistema socio sanitario".

Partendo dalla premessa che la nuova visione culturale introdotta dalla Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità rende necessaria la riformulazione dei principali strumenti normativi italiani per la creazione di un nuovo modello di welfare ispirato proprio ai principi fondanti della Convenzione, il Programma evidenziava la complessità e l'inefficienza dell'attuale sistema di accertamento, indotto dalla stratificazione normativa e dalla sovrapposizione di responsabilità istituzionali e proponeva la creazione di un sistema che ponesse al

⁶ Primo programma biennale di attuazione, approvato con D.P.R. 4 ottobre 2013.

centro il “funzionamento” della persona con disabilità, superando le discriminazioni, favorendo le pari opportunità e l’inclusione sociale delle persone con disabilità.

Il programma prevedeva essenzialmente un percorso istituzionale di riforma della L. 104/1992 introducendo la definizione specifica di “persona con disabilità” indicata dalla Convenzione Onu a cui associare un sistema unitario ed efficiente della disabilità.

Prevedeva, altresì, il superamento della nozione di invalidità civile così come formulata nella L. 118/1971, riportando la valutazione delle menomazioni della persona all’interno di quello della disabilità, da eseguirsi utilizzando gli strumenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD10 e ICF).

Novità introdotta dal Primo programma d’azione era la previsione di un nuovo sistema valutativo orientata alla definizione di una progettazione personalizzata e all’erogazione di interventi assistenziali, finalizzati all’inclusione sociale, scolastica e lavorativa, per il quale la graduazione della disabilità doveva sostituire la graduazione dei livelli di handicap prevista con la Legge 104/1992 e le percentuali di invalidità previste dalla legge 118/1971.

Infine, il programma comprendeva il riconoscimento/valutazione della condizione di disabilità nei livelli essenziali di assistenza, da realizzarsi dagli enti del territorio in forma integrata sociosanitaria e multidisciplinare.

Il “Secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità”⁷, nel rifarsi agli stessi principi ispiratori del primo programma, si poneva l’obiettivo ulteriore di assicurare la cittadinanza piena ed integrale dei soggetti fragili attraverso il superamento delle discriminazioni e delle disuguaglianze sociali, anche territoriali. Le linee di indirizzo, contenute nel documento, riprendevano in parte quelle già espresse nel Primo Programma al fine di rappresentare la continuità con le attività e gli obiettivi già delineati anche perché il primo piano di azione era rimasto per lo più inattuato. Prevedeva due distinte fasi di valutazione della disabilità, individuando una fase cosiddetta di base, volta a tutti i cittadini che nell’attuale sistema richiedono i diversi accertamenti (minorazioni civili, stato di handicap, disabilità ai sensi della L. 68/1999) per avere accesso a prestazioni sanitarie e ausili o prestazioni assistenziali ed una fase di cosiddetta valutazione multidimensionale mirante al riconoscimento della condizione di disabilità utile a delineare il progetto personale della persona disabile, indicando gli strumenti, le risorse, i servizi, gli accomodamenti ragionevoli necessari a favorire la partecipazione nei diversi ambiti della vita.

È doveroso dare menzione del fatto che la proposta di Piano di azione biennale approvato dall’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità

⁷ Secondo programma di azione biennale, approvato con D.P.R. 12 ottobre 2017.

non risulta essere rappresentativo delle posizioni assunte da tutte le associazioni dei disabili e per alcuni aspetti le proposte non corrispondevano alle posizioni espresse nei gruppi di lavoro. In particolare, Anmic assunse una netta posizione critica, riguardo proprio alle conclusioni raggiunte in materia di accertamento dell'invalidità civile, oltre alle problematiche sollevate in ordine al collocamento mirato, alla flessibilità del lavoro, alla natura e funzione dell'istituto dell'accomodamento ragionevole, alla non discriminazione nei luoghi di lavoro e all'elusione delle questioni aperte dalla recente normativa sul dopo di noi.

4. Ipotesi di riforma

Le rilevate criticità impongono un intervento normativo complessivo che, senza disperdere il patrimonio di esperienze e gli apporti dati dai vari soggetti coinvolti a vario titolo nella fase accertativa, in particolare dalle Associazioni di categoria, miri a costruire un procedimento ispirandosi a criteri di semplificazione, trasparenza, effettività, economicità, adeguatezza e completezza delle valutazioni nonché finalizzato all'esclusivo sostegno delle persone con disabilità nel rispetto della loro dignità.

Di seguito i punti salienti di una auspicabile riforma.

4.1 Unificazione in capo ad un unico soggetto delle funzioni accertativa, di liquidazione ed erogazione delle prestazioni e unificazione e semplificazione del procedimento

L'intervento normativo deve tendere soprattutto a sostituire tutte quelle disposizioni che consentono una attribuzione orizzontale e territoriale di uguali competenze alle ASL e all'INPS, nonché quelle che attribuiscono a quest'ultimo la posizione di validazione di accertamenti fatti dalle ASL attraverso Commissioni in cui è già presente un medico INPS. Le norme dovranno individuare un soggetto unico gestore del procedimento cui rivolgere la domanda amministrativa di riconoscimento dello stato di invalidità, di cecità, sordità, handicap e disabilità, che procede alla redazione del verbale e alla liquidazione ed erogazione di prestazioni e nel cui ambito si svolge la presupposta fase dell'accertamento medico-legale in cui devono essere coinvolte le professionalità mediche che fanno capo ai soggetti che a vario titolo e nei vari settori (sanità, scuola, lavoro, assistenza) sono preposti alla gestione di prestazioni e servizi a favore dei soggetti disabili.

4.2 Unicità, collegialità e multidisciplinarietà dell'accertamento sanitario

Fin dalla legge n. 118/71 l'accertamento dei presupposti medico-legali per l'accesso alle prestazioni assistenziali è stato affidato ad un Organo collegiale.

Tale principio è stato successivamente confermato dalle leggi n. 833/78, n. 295/90 e n. 102/2009.

Analogo criterio non è stato seguito, ab origine, per l'accertamento dei presupposti sanitari per la concessione dell'assegno ordinario di invalidità e la pensione di inabilità di cui alla legge n. 222/84, affidato ad un organo monocratico.

Lo stesso è avvenuto per la materia delle rendite INAIL.

La diversità della strutturazione dell'organismo di valutazione trovava e trova il suo fondamento proprio nell'oggetto dell'accertamento sanitario da effettuare.

Infatti, ai fini della concessione delle provvidenze economiche INPS e INAIL l'esame dei presupposti medico-legali per l'accesso alle stesse è diretto a valutare il solo ed esclusivo aspetto della sopravvenuta incapacità lavorativa specifica, totale o parziale, del soggetto oppure l'incidenza su tale capacità di un infortunio o di una malattia professionale, per cui può essere fatta da un singolo medico legale trattandosi di valutazione unica e specifica. Nell'accertamento finalizzato alla erogazione di prestazioni assistenziali il giudizio è complesso e ciò per due ordini di ragioni: innanzitutto l'accertamento dei presupposti per la valutazione della capacità lavorativa dell'invalido civile, fisico, psichico o sensoriale è diverso dall'accertamento dell'handicap e dalla individuazione dei limiti che la disabilità frappone alla piena inclusione del soggetto; in secondo luogo l'accertamento della disabilità essendo finalizzato alla concessione di prestazioni di vario genere (assistenza sociale, assistenza sanitaria, integrazione scolastica, accesso al mercato del lavoro ...) presuppone valutazioni specifiche e in conseguenza professionalità specifiche e multiple.

A tutto ciò deve aggiungersi la complessità del mondo della disabilità e le specificità che afferiscono alle sue varie forme: la disabilità fisica è diversa da quella psichica così come da quella sensoriale; la non autosufficienza è concetto plurimo, anche perché collegato alle prestazioni che devono favorire l'inclusione sociale secondo i principi fissati dalla convenzione ONU sulla disabilità.

Tutte queste ragioni giustificano pienamente, anzi necessitano, una strutturazione dell'Organismo accertativo in forma collegiale e multidisciplinare che, oltre a essere conforme alla scelta fatta dal legislatore a partire dalla legge n. 118/71, costituisce una necessità ancora più evidente in un sistema che mira a tutelare i disabili in tutti i settori della vita sociale e in relazione alle specificità della loro disabilità.

In tal senso va la disciplina introdotta dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia con legge n. 18/2009 e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

La previsione di un modello sociale per il disabile sempre più inclusivo e diretto all'attuazione del "diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantire l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita di comunità" implica necessariamente che l'approccio valutativo deve essere ispirato al principio della multidisciplinarietà.

Centrale diventa, quindi, la presenza di medici specialistici in medicina legale ma non solo: ciò che serve è la valutazione dell'equipe di valutazione intesa come massima espressività specialistica. I medici devono essere altresì formati ai sistemi di valutazione delle tabelle (aggiornate con criteri scientifici attuali) e dell'ICF.

La collegialità e la multidisciplinarietà possono trovare forma oltre che in una strutturazione fissa dell'Organismo accertativo anche in una strutturazione modulare dello stesso, costruita in funzione della tipologia e delle finalità dell'accertamento dei presupposti medico-legali.

Proprio la struttura plurale garantisce che soggetti diversi, con competenze distinte in materia di disabilità, possano partecipare ad un unico momento valutativo, strumentale alla erogazione delle diverse prestazioni cui sono deputati dalla legge, eliminando così anche il conflitto di competenza sul momento accertativo.

Esigenze di semplificazione e anche di contenimento della spesa rendono necessaria la unicità dell'Organo accertatore, con la eliminazione di doppie valutazioni sovraordinate, semmai rapportato ad un unico Organismo centrale strutturato in funzione della elaborazione di criteri di accertamento e di valutazione uniformi su tutto il territorio nazionale.

La collegialità e multidisciplinarietà dell'Organo di accertamento portano alla necessità di rafforzare il coinvolgimento delle Associazioni di categoria oggi già legittimate a parteciparvi, in quanto portatrici di consolidate e specifiche conoscenze medico-legali e strumento di selezione delle domande di accesso alle prestazioni assistenziali e all'eventuale proposizione del contenzioso giudiziario. D'altra parte è la stessa legge ad attribuire loro la rappresentanza e tutela delle rispettive categorie, facendole rientrare tra quegli Organismi indiretti di gestione delle funzioni di cui all'articolo 38 della Costituzione⁸.

4.3 Riforma dei sistemi e criteri di valutazione medico legale

Le prestazioni di beni e servizi previsti dalla legge per i soggetti disabili sono collegate o alla valutazione della loro residua capacità lavorativa o alla incidenza della disabilità sulla loro capacità di inclusione sociale.

Nel primo caso la valutazione più appropriata risulta essere quella tabellare che misura il grado di capacità del soggetto a collocarsi nel mercato del lavoro e produrre reddito; nel secondo caso la valutazione più appropriata è quella offerta

⁸ D. SABIA, *L'azione delle associazioni per lo sviluppo delle politiche di inclusione sociale per le persone con disabilità*, ANMIC – ufficio legislativo, 2009; M. SCHIANCHI, *Storia della disabilità: dal castigo degli dèi alla crisi del welfare*, Carocci, Roma, pp. 220 ss.; S. CARNOVALI, *I diritti delle persone con disabilità ed il ruolo dell'associazionismo*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 3, 2014. Disponibile in www.forumcostituzionale.it; C. COLAPIETRO, *Diritti dei disabili e Costituzione*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2011, p. 48.

dal sistema ICF, predisposto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, anche se la stessa presuppone una valutazione della incidenza della o delle patologie sul soggetto.

Il sistema tabellare consente di individuare la incidenza della/e patologie sulla possibilità di svolgere una attività lavorativa generica, quello ICF di valutare gli ostacoli alla inclusione, tenendo conto delle patologie del soggetto, dell'ambiente sociale e fisico che lo circonda, della situazione economica e culturale propria e della famiglia e della sussistenza e della qualità di servizi adeguati predisposti dai soggetti pubblici.

Il sistema tabellare, risalente al 1992, deve essere oggetto di una revisione che tenga conto dell'evoluzione scientifica, delle conoscenze e scoperte di nuove patologie, della introduzione di nuovi ausili tecnici, delle nuove tecniche di indagine sviluppatasi negli ultimi venti anni.

Inoltre, deve essere strutturato non su una scomposizione percentuale millimetrica delle patologie, che faccia variare anche di un solo punto la valutazione in presenza di sottili differenze di sviluppo delle stesse, ma su un criterio funzionale individuando cioè la stretta connessione tra prestazioni di beni e servizi e il complesso invalidante del soggetto.

Quanto al sistema ICF, è necessario che, con atto normativo, vengano recepiti i criteri fissato dell'OMS in modo da mettere in condizione le Commissioni per l'accertamento di ancorare le valutazioni in materia di handicap e disabilità a parametri certi e definiti.

Come è noto l'attuale valutazione dell'invalidità civile si fonda sulle tabelle contenute nel D.M. 05.02.92 il cui maggior merito è stato lo sforzo di fornire le indicazioni applicative, alla stregua di un protocollo diagnostico, orientato ad obiettivi di omogeneità di valutazione fra le Commissioni e nelle varie realtà sociali del Paese, con una sia pur minima variazione della percentuale di valutazione in riferimento alle attività confacenti⁹.

Alcune patologie sono suddivise in classi, per altre vengono ancora usati i concetti di lieve, medio e grave; ma il loro significato non è lasciato alla soggettività della Commissione, bensì deve contemperarsi con gli esiti di specifici accertamenti diagnostico-strumentali. Sono un segno dello sforzo "politico" posto in atto per adeguare voci tabellari alla difficile valutazione della riduzione della capacità lavorativa in attività confacenti alle attitudini dell'interessato con l'intento di unificare i diversi concetti di invalidità e inabilità al lavoro e tabelle valutative vigenti per le varie categorie e pervenire ad una norma omogenea che consideri

⁹ F. ZAPPATERA, M. MARTIN, *Invalidità civile: metodologia di valutazione delle nuove tabelle - osservazioni e proposte integrative*, maggio 2017, disponibile all'indirizzo www.snamipa.it/wp-content/uploads/2017/05/Tabelle-invalidita.pdf.

l'oggettiva condizione psico-fisica del disabile, per individuare, alla fine, tre gruppi di soggetti ipotizzati: non invalidi, collocabili e pensionabili.

Il criterio tabellare ha mostrato però negli anni i propri limiti. Intanto, è senz'altro necessario elaborare una tabella più articolata e gestibile di quella attuale, non solo completando le voci mancanti e riducendo il ricorso al criterio analogico, ma prevedendo la definizione del riferimento alle attività confacenti che devono essere identificate con criteri scientifici e adottando dei protocolli valutativi per tutte le patologie tabellate, analogamente ad altri *barèmes* internazionali.

Il concetto di attività confacenti infatti, (a differenza del c.d. danno biologico per il quale è adeguato utilizzare un criterio tabellare, perché il danno biologico è un danno in quanto tale, un danno evento, indipendente dai riflessi economici e che soprattutto ha il medesimo valore per tutti i soggetti richiamati) porta a differenziare lo stesso danno in relazione alla persona tanto da vanificare qualsivoglia sistema tabellare. Eppure il legislatore è riuscito a concretizzare il più eclatante degli equivoci: occupazioni confacenti da valutare con criterio tabellare ed una oscillazione (sic!) di 5 punti.

D'altro canto a partire dal 2001 è stata elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, in inglese *International Classification of Functioning, Disability and Health* (in sigla, ICF), un sistema di classificazione della disabilità che elabora un profilo di funzionamento, calcola indicatori di funzionamento e disabilità, calcola un punteggio di disabilità secondo lo strumento OSM WHODAS 2.0. Permette di distinguere otto classi di situazioni: da quelle eccellenti a quelle gravemente compromessi: chiarendo il profilo di funzionamento descrive sempre persona e fattori ambientali e la loro efficacia¹⁰. L'aspetto del funzionamento è evidentemente cosa ben diversa dalla menomazione, ed è necessario delineare gli ambiti di interferenza e integrazione tra i due sistemi di valutazione.

Infine, il legislatore è chiamato a tener conto delle criticità che si incontrano nella valutazione medico-legale delle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età di cui all'art. 6 del Decreto Legislativo n. 509/1988 e delle ampie criticità che esistono, ancor oggi, nel definire i criteri che legittimano il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, nonostante i chiarimenti forniti dal Ministero della Sanità con alcune circolari interpretative che, come dicevamo, le hanno alternativamente individuate nelle "azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto di corrispondente età" ed anche in "quelle

¹⁰ M. CINGOLANI, *La Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF)*, in F. CEMBRANI (a cura di), *Disabilità e libertà dal bisogno*, Erickson, Trento, 2005.

relativamente più complesse ... tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita”¹¹.

Tali criticità appaiono il frutto di una svogliatezza legislativa che mina la credibilità del sistema sostenendo la libera interpretazione delle norme, la sfiducia dei cittadini che non sono garantiti nell’ equo accesso alle prestazioni assistenziali e l’ampio contenzioso giudiziario che oggi esiste, nel nostro Paese, in punto di invalidità civile.

La soluzione ai problemi evidenziati non ci sembra possibile se non attraverso un profondo ripensamento dell’ attuale sistema di sicurezza sociale con una riforma che non deve soltanto “semplificare” la materia e/o modificare il solo aspetto tabellare (ormai del tutto anacronistico nel suo riferimento all’ impairment lavorativo generico) ma che deve essere di tipo strutturale e riportata nell’ alveo della responsabilità propria del soggetto chiamato istituzionalmente a farsi garante ed a promuovere i principi informatori (di uguaglianza, di dignità, di libertà e di assistenza) della nostra Carta costituzionale e ribaditi della Convenzione Onu.

4.4 Certificazione unica

L’accesso a prestazioni economiche, ad esenzioni fiscali, a servizi spesso presuppone, accanto alla valutazione generale del grado di invalidità e della situazione di handicap, la evidenziazione di specifici requisiti sanitari.

Al fine di garantire il massimo della semplificazione e della certezza dei rapporti è necessario dare seguito alla previsione di cui alla legge n. 44/2012, che ha introdotto il criterio dell’unicità del verbale di accertamento con la previsione espressa della sussistenza o meno dei requisiti sanitari per l’accesso ad agevolazioni fiscali, al contrassegno, all’esenzione del bollo, dell’imposta di trascrizione al PRA ecc. e l’indicazione della norma o degli estremi della legge di riferimento.

In sostanza si tratta di introdurre un “titolo unico” per l’accesso a tutte le prestazioni di cui il soggetto fa richiesta all’atto della presentazione della domanda e di cui ha diritto sussistendone i presupposti previsti dalla legge.

4.5 Definizione delle categorie giuridiche in materia di disabilità

Se dubbi interpretativi non sono mai sorti in materia di individuazione delle categorie degli invalidi civili, ciechi, sordi ai fini della concessione di prestazioni economiche, problemi emergono laddove la legislazione parla di handicap, di

¹¹ F. CEMBRANI, S. DEL VECCHIO, S. BAVARESCO, E. BALDANTONI, *Le “difficoltà persistenti” a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età e l’ “indennità di accompagnamento”: vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell’invalidità civile*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6, 2007.

disabilità, di non autosufficienza, di disabilità grave, di disabilità gravissima, di autonomia personale, di disabilità fisio -psichica.

Infatti, tali categorie, normativamente non definite in modo preciso, spesso vengono usate indifferentemente, quasi come sinonimi, ingenerando oltre che confusione una disparità di trattamento tra soggetti.

La precisa individuazione delle condizioni che distinguano la disabilità grave da quella gravissima, la non autosufficienza dall'handicap grave e così via, consente di formulare un giudizio corretto in fase di accertamento medico-legale e di individuare le prestazioni di beni e servizi più appropriate a garantire il massimo possibile l'inclusione sociale del soggetto disabile.

Non secondario è il problema di rapportare alle categorie astratte della disabilità figure vecchie e nuove che fanno riferimento alla patologia specifica genericamente considerata ai fini della tutela (down, autismo, fibrosi cistica...).

4.6 Soppressione del sistema di revisione straordinaria e modifica della revisione ordinaria

L'introduzione, da ultimo con l'art. 20 della legge n. 102/2009, di un sistema di verifica della permanenza dei requisiti sanitari che hanno dato luogo alla concessione di benefici economici agli invalidi civili, ciechi, sordi, in funzione "punitiva" e di mero ipotetico risparmio di spesa, ha prodotto risultati negativi.

La scarsa significatività delle conseguenze ottenute con la caccia ai "falsi invalidi" (nella stragrande maggioranza dei casi si è trattato di semplici riduzioni percentuali senza perdita di beneficio economico o di ripristino di prestazioni attraverso la tutela giudiziaria), la chiamata indiscriminata a visita anche di soggetti esclusi dal DM 2 agosto 2007, la sovrapposizione con le revisioni ordinarie o con procedimenti giudiziari in corso, il grande dispendio di risorse impiegate e, non per ultimo, la scarsa considerazione della dignità umana dei soggetti disabili, hanno determinato il fallimento di questo sistema che ha creato solo un turbamento sociale e lo sviluppo a tutti i livelli di una cultura di criminalizzazione dei disabili.

Quanto alle revisioni ordinarie l'esperienza degli ultimi anni ha dimostrato l'insufficienza delle previsioni di cui al DM 2 agosto 2007 ai fini della corretta individuazione dei soggetti esclusi in quanto portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti.

Al di fuori di tale problematica risulta altresì necessario individuare limiti all'esercizio della discrezionalità tecnica attribuito alle Commissioni di accertamento, in modo da garantire un corretto, oggettivo e uniforme esercizio della funzione di revisione, avendo riguardo sia alla previsione dell'evoluzione migliorativa delle patologie riscontrate che ai tempi evolutivi delle stesse.

Come previsto per altre prestazioni INPS fondate su accertamento sanitario, risulta opportuno fissare un termine - semmai biennale - prima del quale è impedita

ogni forma di revisione. Tale termine dovrà decorrere o dalla visita effettuata in sede amministrativa o dal deposito della sentenza in Cancelleria.

4.7 Premessa: disabilità e riassetto della normativa

La disciplina del procedimento di accertamento dei presupposti medico legali, dettata dalla Determina commissariale INPS n. 189/2009 e dalla connessa Circolare n. 131/2009, a parte l'innegabile positività della informatizzazione del sistema (ancora da perfezionare), ha mostrato criticità che è opportuno considerare ai fini di una loro correzione in modo da renderlo più snello, più veloce, più certo nei tempi e nelle forme di svolgimento:

- inutilità della fase dell'inoltro del certificato medico autonomamente e prima della fase di presentazione della domanda amministrativa. Si ritiene opportuno ritornare al sistema di avvio del procedimento accertativo con domanda e allegata certificazione medica da parte delle Associazioni di categoria e degli altri soggetti legittimati. D'altra parte l'avvio del procedimento con la presentazione del solo certificato medico risulta inammissibile perché la domanda amministrativa è atto che può essere legittimamente presentato solo dall'avente titolo o dal suo rappresentante. Inoltre, la mancata presentazione della domanda costituisce motivo di improponibilità di un eventuale azione giudiziaria, secondo l'orientamento dei Giudici di legittimità;
- estensione del monitoraggio dell'iter amministrativo concessorio a tutti i soggetti attualmente legittimati all'inoltro delle domande amministrative;
- riaffermazione del principio di parità dei componenti delle Commissioni di accertamento, sotto il profilo della uguaglianza e pari dignità delle funzioni mediche esercitate e della identica funzione pubblica dagli stessi volta per conto del soggetto titolare dell'accertamento che deve sostenerne gli oneri economici uguali per tutti;
- riorganizzazione territoriale delle Commissioni di accertamento, che riduca i disagi dei disabili negli spostamenti e nelle attese;
- disciplina del funzionamento delle Commissioni, della collegialità delle decisioni da assumere anche a maggioranza e con indicazione delle motivazioni di dissenso dei singoli componenti nonché dello svolgimento delle visite domiciliari.

5. Tutela giudiziaria dei diritti

La legge 15 luglio 2011, n. 98, ha profondamente e irragionevolmente modificato le norme processuali in materia di prestazioni a favore degli invalidi civili, ciechi e sordi, estendendo le nuove disposizioni anche alle prestazioni previdenziali di cui alla legge n. 222/84.

Le nuove disposizioni sono contenute nell'art. 445^{bis} introdotto nel codice di procedura civile.

Il processo, prima svolgentesi sulla base delle norme ordinarie del lavoro, con doppio grado di giurisdizione, ha assunto oggi una conformazione complessa di difficile gestione.

Si è distinta una fase di accertamento tecnico preventivo obbligatoria, in cui un CTU designato dal Giudice accerta la sussistenza o meno dei soli presupposti sanitari per l'accesso alla prestazione richiesta, che si conclude con una perizia che, se accettata, chiude il giudizio mentre, se contestata, apre il processo vero e proprio sempre e solo limitatamente alla verifica dei presupposti medico legali. È esclusa la possibilità di un processo di appello.

Chiusa la fase accertativa medico legale sia essa nell'ambito della ATP o nel successivo processo, si passa all'ulteriore fase accertativa della verifica della sussistenza degli altri presupposti di legge che, in caso di contestazione, porta all'apertura di un nuovo processo che si svolge secondo tre gradi di giudizio.

Conseguentemente la riforma ha introdotto modifiche che portano i passaggi giudiziari da tre - come in precedenza - a cinque - come attualmente; elimina la possibilità di accedere al grado di appello, derogando ad un principio generale dell'Ordinamento interno; predispone in conseguenza una tutela giudiziaria ridotta rispetto a diritti costituzionalmente protetti; determina la possibilità che la fase ATP e l'eventuale processo successivo in materia di accertamento dei presupposti medico legali possano essere messi nel nulla quando successivamente si scopre che, nonostante che la percentuale ottenuta sia idonea a conseguire la prestazione, mancano gli altri presupposti di legge verificabili già in sede di avvio del procedimento e la cui mancanza ne avrebbero resa inammissibile la prosecuzione.

La soluzione più semplice potrebbe essere quella del ripristino del sistema precedente con la verifica unitaria e contestuale dei requisiti, sanitari e non, necessari per ottenere la prestazione richiesta, con il doppio grado di giudizio, evitando anche presupposti ricorsi amministrativi che, soprattutto se previsti a condizione di procedibilità, incidono sulla rapida ed effettiva tutela dei disabili.

Quanto al doppio grado di giudizio, deve considerarsi che è vero che la Corte Costituzionale ha respinto la questione di costituzionalità sollevata in relazione all'art. 445^{bis} cpc, ma sulla base della motivazione che in materia il legislatore ha valutazione discrezionale¹².

Se questo è vero, è anche vero che la motivazione posta a base dell'introduzione di tale norma nel 2011 poggiava sulla necessità di semplificazione e snellimento dei giudizi pendenti presso le Corti di appello.

¹² Corte Costituzionale, Sentenza n. 243/2014.

Ora la scelta di sopprimere il secondo grado di giudizio per sfoltire le innanzi alle Corti, sacrificando la tutela di diritti costituzionalmente protetti, risulta irragionevole e violativa degli art. 3 e 38 della Costituzione, in quanto nel comparare due interessi il legislatore ha compresso quello che la Carta fondamentale ritiene primario.

Non solo, ma viola l'art. 111 della Costituzione nella parte in cui richiama l'obbligatorietà del giusto processo che nel nostro Ordinamento è quello del doppio grado di giurisdizione generalizzato che non può non trovare applicazione in ordine alla tutela di diritti fondamentali della persona, tra i quali rientra il diritto ad avere assicurati i mezzi necessari a garantire la propria esistenza e dignità.