
**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE PROCEDURE DI ACCERTAMENTO
DELLE MINORAZIONI CIVILI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLE
MALATTIE CRONICO –DEGENERATIVE E RELATIVI CONTROLLI
A CURA DI A.N.M.I.L.**

L'accertamento delle minorazioni civili da parte dell'INPS pone diversi problemi di carattere pratico per l'invalido, nonché per il portatore di handicap, i quali, pur in presenza di una formale conclamata tutela costituzionale loro riconosciuta (dagli artt. 3, 32 e 38 Cost.) di fatto, spesso, subiscono evidenti pregiudizi laddove tentano di far valere i loro diritti.

Pur consapevoli che dette criticità spesso derivano da esigenze di bilancio che mal si conciliano con i diritti costituzionalmente garantiti, non possiamo sottacere le questioni di maggiore interesse che si pongono, sia a livello amministrativo che giudiziario, già all'indomani della presentazione della domanda all'INPS diretta ad ottenere i benefici richiesti.

Lo scopo di questi spunti di riflessione dell'ANMIL è proprio quello di evidenziare dette criticità individuandole anzitutto per punti, per poi svilupparle in modo più analitico nei rispettivi paragrafi.

Di seguito si riporta pertanto l'indice delle questioni che verranno successivamente trattate nei singoli paragrafi:

1. - necessità di contestualizzare l'accertamento della invalidità civile con quello dell'handicap, poiché, spesso quello relativo alla invalidità civile segue di diversi mesi quello dell'handicap. Maggiore rapidità nell'espletamento degli accertamenti sanitari da effettuare al domicilio del richiedente intrasportabile.
2. - accertamento e valutazione delle menomazioni effettuata in modo "monocratico" facendo riferimento ad un unico medico con contestuale ripristino del meccanismo del ricorso amministrativo avverso il primo giudizio, che darebbe luogo ad una collegiale effettuata da due medici (uno dell'assistito l'altro dell'INPS) sulla



falsariga di quanto accade in ambito INAIL e INPS per la valutazione delle condizioni di cui alla L. 222/84.

3. – Abrogazione totale dell’art. 445 bis c.p.c. prima che determini la paralisi degli apparati giudiziari e che ne venga, comunque, dichiarata la illegittimità costituzionale per contrasto con gli artt. 3, 24, 38, 111 Cost.;
4. – Espresa previsione normativa della possibilità di utilizzare lo strumento giudiziario per affermare il diritto a vedersi riconosciuti i benefici di cui alla legge 104/92, non sempre assicurato da tutti i giudici;
5. – Reintroduzione della possibilità di proporre appello avverso le decisioni del giudice di primo grado.
6. - Modifica dell’attuale criterio di valutazione delle minorazioni attraverso la unificazione delle tabelle di legge della valutazione del danno biologico (attualmente ne esistono tre oltre i vari barème per la responsabilità civile), utilizzo della tabella unificata (ovvero nelle more della tabella INAIL) anche per la valutazione dell’invalidità civile (da qualche anno sta lavorando una commissione, apparentemente senza risultati, che dovrebbe rivedere l’attuale tabella ex decreto ministeriale 5 febbraio 1992); individuazione per legge del grado di menomazione minimo perché venga considerato invalido un cittadino; individuazione dei benefici economici da corrispondere e dei servizi assistenziali da rendere all’invalido tenendo conto del grado di autosufficienza e/o di handicap.
7. - Eliminazione di ogni contributo unificato nel caso di ricorso per cassazione ad opera di soggetti invalidi che intendono far valere i loro diritti.
8. – Possibilità ad opera dell’interessato invalido di rivalersi sul medico che opera la verifica del requisito sanitario, negandola impropriamente, con conseguente venir meno della prestazione invocata.

§ 1. - Necessità di contestualizzare l’accertamento della invalidità civile con quello dell’handicap, poiché, spesso quello relativo alla invalidità civile segue di diversi



mesi quello dell'handicap. Maggiore rapidità nell'espletamento degli accertamenti sanitari da effettuare al domicilio del richiedente intrasportabile.

Come noto l'interessato dopo aver proposto in via telematica la domanda amministrativa all'INPS e fornito la disponibilità per essere sottoposto a visita medico-legale, sia per ottenere l'accertamento della invalidità civile che dell'handicap, riceve spesso due convocazioni anziché una sola, con le quali viene sottoposto a visita separatamente: una prima volta, perché venga accertato il suo status di portatore di handicap, una seconda volta, perché vengano accertate le sue menomazioni in termini di percentuale di invalidità tenendo conto delle tabelle di cui al Dm 5 febbraio 1992. Con detto meccanismo l'interessato riceve il verbale relativo alla invalidità civile a distanza di diversi giorni se non mesi rispetto a quello relativo al suo status di portatore di handicap con inevitabile aggravio di costi sia nell'ambito della gestione della fase amministrativa che nella successiva fase giudiziaria, laddove l'esito di detti accertamenti non sia condiviso dal richiedente. Nel caso, invece, in cui il verbale sia positivo, e quindi condiviso, l'interessato riceve comunque a distanza di tempo le somme relative al beneficio riconosciutogli. Ragioni di economia vorrebbero che detti accertamenti, ancorché differenziati per la presenza all'interno della commissione di un ulteriore membro specialista della patologia e/o esperto nell'indicare e suggerire alla commissione gli interventi da attuare al fine di evitare l'emarginazione del portatore di handicap grave, fossero unificati tanto nella fase di accertamento che in quella di comunicazione dell'esito delle visite al fine di consentire anche una pronta liquidazione delle prestazioni. Si registra inoltre sul territorio una certa lentezza dei sanitari che devono recarsi al domicilio del richiedente, intrasportabile, per effettuare le visite aventi ad oggetto la invalidità civile.

Sarebbe opportuno, in tali casi, stabilire tempi ben precisi di intervento legittimando altrimenti il richiedente a far ricorso al Giudice del lavoro.

§. 2 - Accertamento e valutazione delle menomazioni effettuata in modo "monocratico" facendo riferimento ad un unico medico con contestuale ripristino del meccanismo del ricorso amministrativo avverso il primo giudizio, che darebbe



luogo ad una collegiale effettuata da due medici (uno dell'assistito l'altro dell'INPS) sulla falsariga di quanto accade in ambito INAIL e INPS per la valutazione delle condizioni di cui alla L. 222/84.

Di seguito vengono riportati alcuni spunti di riflessione sui temi generali dell'invalidità civile.

“ANMIL segue fin dagli inizi con preoccupazione crescente la vicenda delle invalidità civili con il contorno di polemiche su falsi invalidi, accertamenti approssimativi, campagne di stampa che rievocano precedenti stagioni di analoghe iniziative di controlli sulle tutele sociali.

Per le invalidità civili complessivamente considerate la vicenda ha assunto, da ultimo, dimensioni abnormi che appaiono difficilmente governabili per il fatto che attorno ad essa si concentrano spinte svariate: di equità, di lotta alla frode assicurativa di cui si favoleggiano percentuali iperboliche subito smentite, di asserita insostenibilità dei costi finanziari del sistema, anche al netto delle patologie di cui si enfatizza il ruolo negativo.

Non è un caso, del resto, che la vicenda sia coeva rispetto a quella della riforma dell'ISEE considerato ormai il perno attorno al quale ricostruire un più equo sistema di tutele assistenziali a costi complessivi decrescenti, pur senza trascurare, sullo sfondo, il tallone di Achille costituito dallo scandaloso livello di evasione fiscale che riflette le sue negatività anche sulle scelte di tutela sociale.

In questo quadro reso ancor più confuso dal susseguirsi di tagli lineari imposti dalla congiuntura generale, europea ed anche mondiale, alcuni spunti di riflessione appaiono comunque di immediata evidenza.

Il primo riguarda la conferma, anche nelle fasi più concitate, del fatto che l'assicurazione infortuni è un'altra cosa rispetto alla previdenza ed all'assistenza sociale in quanto strumento per risarcire gli infortunati e invalidi del lavoro in modo congruo e con meccanismi di tutela che appaiono validi e coerenti con le finalità assicurative. In un quadro di costante equilibrio finanziario – sono forti anzi gli avanzi di gestione - i meccanismi di valutazione e gestione dei danni appaiono funzionali allo scopo, il sistema è al riparo dai rischi di collasso finanziario e riesce anzi a promuovere



interventi concreti di prevenzione, con significativi risultati in termini di andamenti infortunistici, e di presa in carico degli invalidi.

Un altro spunto di riflessione riguarda il fatto che, come confermano le parole stesse delle riforme volte dichiaratamente a contrastare frodi (attuali, future, ma anche passate, con la verifica dei trattamenti in atto) l'obiettivo preponderante dell'operazione finisce per diventare – o forse apparire - il taglio dei costi assistenziali, in sinergia con una riforma della assistenza sociale inizialmente inserita in mezzo alla riforma fiscale ed un'insidiosa equiparazione fra evasione e frode assistenziale, tanto che in entrambi i casi si procede con blitz, vorticano percentuali disparate affermate un giorno, ridimensionate subito dopo.

Finiscono per apparire, vogliamo aggiungere, al pari dei tagli della spesa pubblica, di là dalla loro appropriatezza, un modo per punire, finalmente, un corpo sociale – “gli statali” – da sempre nel mirino un po' di tutti seppur per svariati motivi, i falsi invalidi.

Ma ciò che più preoccupa – e può interessare le verifiche della Commissione – è un dato tecnico organizzativo nel senso che, nonostante l'impegno per ricondurre sostanzialmente la responsabilità gestionale in INPS persiste l'aggravarsi continuo del sistema nel suo punto di snodo e cioè l'accertamento delle condizioni menomative, che continua ad essere formalmente staccato dai momenti di verifica e gestione amministrativa.

E' una situazione di malessere gestionale – accomunabile per certi aspetti a quella del sistema di prevenzione – che nasce da lontano; dalla separazione cioè nell'impianto originario fra responsabili della valutazione sanitaria, affidata a collegi territoriale, e organi ministeriali responsabili della gestione amministrativa e di un pagamento diretta conseguenza della valutazione medico legale.

La situazione, già critica per il suo meccanismo base, è precipitata allorché la fase medico legale è stata collocata nel SSN, fra le competenze delle ASL (sempre con lo strumento della “commissione”) quale espressione del principio base del Servizio: concentrare in esso tutte le competenze attinenti alla salute delle persone, salvo demandare poi la gestione delle sole conseguenze di servizio (e spesa) a soggetti



amministratori esterni; identificati, nel caso nostro, nei preesistenti organi ministeriali, sostituiti poi dall'INPS subentrato per eliminare con la sua efficienza gli arretrati ¹(non era chiaro il nocciolo del malessere) e ridurre i costi.

Il meccanismo ha continuato a non funzionare, fra l'altro per la separazione dei momenti sanitari ed amministrativi, irrigidita dal riferimento al riparto costituzionale di competenze fra Stato e Regioni, e la stessa modalità di accertamento (in commissione); è iniziata, così, un'azione continua volta a ricompattare il processo ed a creare momenti di continuità fra i due protagonisti e di sinergia anzi fra essi a fronte della oggettiva complessità di un sistema di base farraginoso e riferito a nozioni simili ma non coincidenti (invalidità, handicap, disabilità oltre alle specificità degli ipovedenti e dei sordi)².

L'obiettivo, chiaro fin dall'inizio del percorso, era quello di ricondurre le fasi sostanziali del processo nella disponibilità o quanto meno nel controllo dell'INPS con la finalità di mettere ordine, eliminare gli aspetti patologici, semplificare i meccanismi di valutazione rendendoli coerenti e compatibili con le decrescenti disponibilità finanziarie dello specifico sistema assistenziali; scopi riferibili tutti ad esigenze di politica generale la cui discussione esula dalle finalità della presente nota e dei confini della sua analisi.

Rimanendo, pertanto, in detti confini e senza entrare nel merito delle modalità dei percorsi di verifica a posteriori in atto, per i profili generali è palese come con le più recenti riforme si sia inteso salvaguardare in qualche misura il principio cardine del SSN e cioè l'appartenenza al livello territoriale delle ASL la considerazione dal punto di vista medico "medica" del soggetto portatore di menomazioni che incidono sicuramente sulla qualità della sua salute e condizione di vita. Nel rispetto, però, dell'obiettivo di razionalizzazione e contenimento si è inteso coniugare l'unitaria considerazione sanitaria della persona con la circostanza che essa incide, poi, sulla condizione di

¹ Il principio così esasperato, del resto si intendeva applicarlo anche all'assicurazione infortuni ed all'assicurazione invalidità INPS demandando alle ASL le valutazioni medico legali dei danni e lasciando all'INAIL ed all'INPS l'incombenza di calcolare le conseguenti prestazioni e provvedere al pagamento. Il progetto iniziale, peraltro, è stato poi accantonato, prima, e superato poi sul piano legislativo con il riconoscimento della pienezza ed esclusività di competenze dei due enti per tutto l'arco del processo di prestazione.

² Sul punto riforme recenti stanno incidendo con l'obiettivo di unificare le valutazioni valide a diversi fini



soggetto svantaggiato, bisognoso, che non può non essere effettuata con parametri medico legali rispetto a riferimenti di compatibilità generale del sistema.

In questi termini, senza entrare nel dettaglio del raffinato meccanismo impiantato dalla più recente riforma è chiaro che il medico INPS gioca comunque un ruolo via via crescente, fino alla conclusione tranciante del discorso nel senso che l'ultima parola spetta comunque all'Istituto e, quindi, ai suoi apparati o referenti medico legali.

Tutto questo mantenendo in vita almeno in parte il meccanismo delle commissioni, della partecipazione di più soggetti a titolo di professionalità o di rappresentanza di interessi, con il disagio organizzativo che questi meccanismi così raffinati implicano nel passaggio da un livello all'altro, nel dover mettere insieme i componenti di commissioni, nel dovere, fra l'altro, sottoporre l'interessato a pratiche defatiganti. Un aspetto un po' sottovalutato per la riserva mentale, pur inconsapevole, del fatto che è in odore di frodatore, come gli impiegati statali richiamati all'inizio.

E' comunque un sistema ibrido, che carica una componente - l'INPS ed i suoi operatori - di immagine negativa e pesantissime responsabilità senza poter realmente disporre dell'intero percorso gestionale; un po' quello che accade con Equitalia che si colloca alla fine di un percorso ricco di errati accertamenti, approssimazioni burocratiche, infrazioni inesistenti ecc.

Si tratta di un carico abnorme, non rientrante oltretutto nel core business dell'Istituto, costretto a fare i conti con professionalità e meccanismi che si pongono fuori dalla ordinarietà dei percorsi automatizzati di gestione. Ed oltretutto si opera sotto la pressione di mass media, forze politiche e sociali da un lato giustificata, dall'altro rischiosa nel fare di tutta tua l'erba un fascio, gettando un'ombra lunga di sospetto su tutta la categoria, che quasi mai è considerata come cliente di un fornitore di servizi.

Si moltiplicano così le segnalazioni di abusi burocratici, vere e proprie vessazioni che mischiano tutto, nuovi accertamenti, verifiche di esistenza in vita, verifiche campionarie sulle pratiche in gestione ecc.; senza, a quanto sembra, che i percorsi gestionali siano snelliti e resi più economici anche sul piano finanziario e senza che il sostanziale potere di controllo dell'INPS possa tradursi in una molla virtuosa che normalizzi rapidamente



la situazione, rendendo “semplice” la gestione per gli stessi utenti, ridimensionando i costi delle singole pratiche a vantaggio di migliori benefici per i soggetti in reali condizioni di bisogno.

A questo fine, l’ANMIL forte della sua esperienza sul fronte pensionistico e su quello della infortunistica del lavoro, ritiene che a questo punto, superato il dogma della esclusione dell’INPS dalla valutazione medico legale si possa far tesoro della esperienza dell’assicurazione infortuni dove l’intero sistema, che pure gestisce prestazioni molto più articolate e ricche, si basa sul ruolo centrale di un accertamento e valutazione “monocratico” senza che ciò abbia mai comportato nel complesso rilevanti problemi; anche perché il meccanismo è completato con la possibilità per l’interessato di proporre opposizione al primo giudizio valutata in collegiale (a due) senza nessun impegno ma con sostanziale valore dirimente.

Questo sistema – non dissimile del resto da quello della pensionistica INPS - se trasferito nel mondo delle invalidità civili consentirebbe di: organizzare il meccanismo gestionale nei termini telematico-operativi che si vanno affermando; dare riscontro rapidamente alle istanze, anche prevedendo un’eventuale partecipazione di sanitario di fiducia e giungere così alla conclusione del procedimento che se non condivisa dall’interessato mette in moto la fase giurisdizionale con un ulteriore meccanismo di accertamento sanitario preventivo, laborioso e nel quale l’INPS continua a giocare un ruolo significativo.

Senza entrare in valutazioni di merito, strategiche e politiche, insomma, si ritiene che il problema debba essere affrontato con “semplicità” di lettura di una strategia generale che:

- intende spostare risorse finanziarie ed attenzione verso ammortizzatori e sostegno del reddito a scapito di pensioni e simili, per motivazioni nel complesso condivise dai più;*
- intende valorizzare le situazioni di bisogno “autentico” nel significato che ormai si dà al termine e in questo quadro eliminare ogni possibilità di frode,*



iniquità interne al sistema ecc. come su lato versante conferma l'accostamento fra le vicende dell'articolo 18 e dei tagli degli statali;

- *mostra forti perplessità – a volte pregiudizi . circa le capacità dei livelli territoriali di gestire – con questi obiettivi – fenomeni così complessi come le invalidità sociali;*
- *punta a realizzare risultati rapidi, pressato da una situazione di crisi economica e sociale ormai endemica.*

Rispetto a questa analisi, se condivisa, occorre una soluzione chiara nei termini ora utilizzati per le prestazioni INAIL e INPS contigue a quelle in esame senza violare principi costituzionali una volta chiarito che altro è la tutela della salute e altro la valutazione a fini indennitari o assistenziali del bisogno che ne deriva e sconta vincoli generali di equità sociale e disponibilità finanziarie.

La semplificazione potrebbe validamente contribuire a risolvere gli aspetti tecnici e gestionali della questione consentendo a tutti, alle associazioni in primis, di concentrare attenzione e risorse sulla qualità delle tutele, sulla adeguatezza dei livelli, sul rispetto dei bisogni delle persone che si trovino in condizioni di maggiore disagio fisico e sociale.

Proprio su questo terreno, cioè, tutti potrebbero riconquistare un ruolo di protagonisti, a partire dalle ASL che potrebbero concentrare impegno e risorse professionali, sempre più scarse, sulla valutazione generale dell'andamento dei fenomeni e sulle dinamiche di intervento per trasformare la semplice monetizzazione della invalidità – quattro soldi un po' a tutti – in autentica presa in carico dei soggetti bisognosi da sostenere con continuità di attenzione e intervento.

A questi soggetti, cioè, si tratta di fornire, soprattutto, una efficace tutela per le condizioni di non autosufficienza, fatte di servizi oltreché di difesa fine a se stessa di un trattamento solo economico, sempre e solo esiguo che dovrebbe fare fronte a tutte le esigenze di non autosufficienza dell'invalido: una sorta di liquidazione monetaria dei doveri di assistenza e tutela sociale tipo la liquidazione in capitale delle invalidità minori da infortunio contro la quale l'ANMIL da tempo combatte”.



In tale contesto sarebbe opportuno ripristinare il vecchio ricorso amministrativo da proporre entro il termine ordinatorio di 60 giorni dall'invio del verbale. Decorsi ulteriori 60 dal momento della proposizione del ricorso senza che l'interessato abbia ricevuto risposta e/o convocazione a visita collegiale, ove lo abbia richiesto, potrebbe dirsi perfezionato il c.d. silenzio rifiuto dell'Amministrazione che legittimerebbe l'interessato a proporre il ricorso giudiziario con le medesime modalità stabilite prima che fosse introdotto l'art. 445 bis c.p.c., ovvero entro 6 mesi dalla scadenza del termine utile per avere risposta dagli organi amministrativi (fissato in 120 gg.) e comunque non oltre un anno (a pena di decadenza) dall'invio del verbale ad opera dell'INPS.

In tal modo si eviterebbero inutili preclusioni per l'invalido e al contempo si eliminerebbe gran parte del contenzioso che potrebbe essere arginato facendo ricorso al meccanismo della visita collegiale.

§. 3 - Abrogazione totale dell'art. 445 bis c.p.c. prima che determini la paralisi degli apparati giudiziari e che ne venga, comunque, dichiarata la illegittimità costituzionale per contrasto con gli artt. 3, 24, 38, 111 Cost..

Illegittimità costituzionale dell'articolo 445 bis c.p.c. nonché dell'articolo 10, comma 6 bis, del D.L. legge 30 settembre 2005, n. 203 convertito con modificazioni nella legge 2 dicembre 2005, n. 248 per contrasto con i principi di ragionevolezza in violazione degli articoli 24, 38, 111 Cost.. ---

3 a. - L'articolo 445 bis del codice di procedura civile introdotto con l'articolo 38 del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, in legge 15 luglio 2011, n. 111, si propone come costituzionalmente illegittimo, sotto vari profili, sia in toto che nelle sue singole parti.

La norma che si svolge sotto il titolo: “*accertamento tecnico preventivo obbligatorio*” prevede che, nelle controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità, disciplinate dalla legge 12 giugno 1984, n. 222, chi intende proporre in giudizio domanda per il riconoscimento dei propri diritti, presenta con ricorso al giudice competente ai sensi dell'articolo 442 c.p.c., presso il tribunale (sede principale) nel cui circondario



risiede l'attore, istanza di accertamento tecnico della verifica preventiva delle condizioni sanitarie legittimanti la pretesa fatta valere.

La parte che intende proporre la domanda giudiziale deve, dunque, presentare ricorso contenente *“istanza di accertamento tecnico della verifica preventiva delle condizioni sanitarie legittimanti la pretesa fatta valere”*.

A seguito del deposito del ricorso, il giudice procede a norma dell'articolo 696 *bis* c.p.c., in quanto compatibile, nonché secondo le previsioni inerenti all'accertamento peritale di cui all'articolo 10, comma 6 *bis* del D.L. 30 settembre 2005 n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005 n. 248, e dall'articolo 195³.

La richiesta di espletamento dell'accertamento tecnico interrompe la prescrizione.

Nel verbale di giuramento e di affidamento dell'incarico peritale il giudice deve invitare il consulente ad adeguarsi al disposto del novellato art. 10 comma 6 *bis* del decreto legge 203/2005 così come modificato.

Ai sensi del comma 8 dell'art. 38 della legge n. 111/2011 di conversione del D.L. n. 98/2011, il c.t.u. ha l'obbligo di inviare apposita comunicazione, anche telematica, al direttore di sede provinciale dell'Inps, almeno 15 giorni prima dell'inizio delle operazioni peritali, sotto pena di nullità eccezionale e rilevabile anche d'ufficio dal giudice.

L'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo costituisce condizione di procedibilità della domanda di cui al primo comma.

L'articolo 445-*bis* citato dispone che l'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto a pena di decadenza o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima

³ Il comma 6 - bis dell'art. 10 del D.L. 30.09.2005 n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 02.12.2005 n. 248, come modificato dal comma 7 dell'art. 38 D.L. n. 98/2011, poi convertito in legge collocato al comma 8, dispone che *“ Nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali, nel caso in cui il giudice nomini un consulente tecnico d'ufficio, alle indagini assiste un medico legale dell'ente, su richiesta del consulente nominato dal giudice il quale provvede ad inviare, entro 15 giorni antecedenti l'inizio delle operazioni peritali, anche in via telematica, apposita comunicazione al direttore della sede provinciale dell'Inps competente o a suo delegato. Alla relazione peritale è allegato, a pena di nullità, il riscontro di ricezione della predetta comunicazione. L'eccezione di nullità rilevabile anche d'ufficio dal giudice. Il medico legale dell'ente è autorizzato a partecipare alle operazioni peritali in deroga al comma primo dell'art. 201 del codice di procedura civile. Al predetto componente competono le facoltà indicate nel secondo comma dell'art. 194 del codice di procedura civile. Nell'ipotesi di sentenze di condanna relative ai ricorsi depositati a far data dal 1° aprile 2007 a carico del Ministero dell'Economia e delle Finanze o del medesimo in solido con l'INPS, all'onere delle spese legali, di consulenza tecnica o del beneficio assistenziale provvede comunque l'INPS”*.



udienza. Il giudice, ove rilevi che l'accertamento tecnico preventivo non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di 15 giorni per la presentazione dell'istanza di accertamento tecnico ovvero di completamento dello stesso.

A seguito dell'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo, in caso di mancata contestazione delle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio (entro il termine perentorio non superiore a trenta giorni fissato con apposito decreto), il giudice, con decreto non impugnabile e non modificabile, omologa l'accertamento del requisito sanitario secondo le risultanze probatorie indicate nella relazione del consulente tecnico dell'ufficio provvedendo sulle spese.

A seguito della notifica agli enti competenti, questi provvedono, subordinatamente alla verifica di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente, al pagamento delle relative prestazioni, entro 120 giorni.

Nei casi di mancato accordo la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio deve depositare, presso il giudice di cui al comma primo, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla formulazione della dichiarazione di dissenso, il ricorso introduttivo del giudizio, specificando a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione.

In base a quanto disposto dall'articolo 152 disp. att. c.p.c. la parte ricorrente, sempre a pena di inammissibilità di ricorso, deve formulare apposita dichiarazione del valore della prestazione dedotta in giudizio, quantificandone l'importo nelle conclusioni dell'atto introduttivo.

Ai sensi del comma 2 dell'art. 38, la norma entra in vigore il giorno 1 gennaio 2012.

3 b. – La norma non lascia equivoci per dire che qui siamo in presenza di una nuova forma di “giurisdizione condizionata”, espressione che descrive le ipotesi nelle quali l'accesso alla tutela giurisdizionale viene dalla legge subordinato al previo adempimento di oneri (in senso lato) procedurali a carico delle parti.

Sulla base di un consolidato principio della giurisprudenza costituzionale, la previsione di una “giurisdizione condizionata” contrasta con la Costituzione solo quando non sia



giustificata da esigenze di ordine generale o da superiori finalità di giustizia e non sia ispirata da criteri di ragionevolezza.

Secondo Corte Cost. 25 luglio 2008, n. 296, il principio generale è quello dell'accesso immediato alla giurisdizione ordinaria, che può essere ragionevolmente derogato da norme ordinarie, di stretta interpretazione (sentenza n. 403 del 2007) solo in presenza di "interessi generali" o di pericoli di abusi (sentenze nn. 403 del 2007 e 82 del 1992) o di interessi sociali (sentenza n. 251 del 2003) o da superiori finalità di giustizia (sentenza n. 406 del 1993); circostanze che sono state ravvisate nel caso di controversie nascenti da rapporti di lavoro (sentenza n. 82 del 1992) o di assicurazioni obbligatorie (sentenza n. 251 del 2003).

Nella specie si tratta, peraltro, di una forma <<atipica>> di giurisdizione condizionata, in quanto l'accertamento tecnico preventivo è qui diretto ad acquisire elementi di prova direttamente rilevanti nel successivo, eventuale giudizio <<di merito>> e, in questo senso, può essere considerato una vera e propria <<anticipazione>> del tempo di espletamento della consulenza tecnica d'ufficio, che, dei giudizi in esame, costituisce accertamento istruttorio ineludibile.

In questo senso non può non essere segnalato il profilo di forte differenziazione rispetto alla condizione di procedibilità costituita dall'esperimento del procedimento di mediazione obbligatoria ex d.lgs. n. 28 del 2010, il quale ha funzione del tutto diversa e, soprattutto, non è diretto, per definizione, ad acquisire elementi di prova rilevanti nel successivo (ed eventuale) giudizio contenzioso davanti al Giudice dello Stato.

3 c. – Venendo a noi, ad una prima lettura d'insieme della normativa, pare che questa limita, fino ad impedirlo, il diritto costituzionale di azione e di difesa, contemplato dall'articolo 24 Cost., né mostra la ragionevole diversità di trattamento tra soggetti uguali (ad es. lavoratori di una stessa fabbrica), soltanto per via della materia disciplinata dalla norma processuale (provvedimenti assistenziali, previdenziali, pensionistici gestiti dall'Inps).

Invero, la norma riduce l'organo giudiziale a mero organo sussidiario che svolge soltanto un ruolo al più direttivo ovvero esecutivo degli interventi normativamente previsti (in



pratica: **nomina** il CTU e **fissa l'inizio** delle operazioni peritali ex 3° comma dell'art. 626 c.p.c., richiamato dal 1° comma dell'articolo 696 bis c.p.c.; “ove rilevi che l'accertamento tecnico preventivo non è stato espletato... **assegna** alle parti il termine...”; “... **fissa un termine perentorio** non superiore a 30 giorni...”; “...in assenza di contestazione, ... **omologa** l'accertamento del requisito sanitario...”); tutti atti disciplinatori dell'iter, ma non decisionali.

Non muta la sostanza delle cose la disposizione di cui al 5° comma della norma, per la quale “in assenza di contestazione, se non procede ai sensi dell'articolo 196, con decreto...”, giacché non si vede perché mai, nessuna delle parti contestando la raccolta consulenza, il giudice dovrebbe rinnovare le indagini peritali, fino a, magari, per pretese gravi ragioni da nessuno segnalate, sostituire il consulente.

In buona sostanza, ancorché svolgentesi sotto la direzione di un giudice, il procedimento relativo all'accertamento tecnico preventivo ha natura e carattere di attività svolta da organo non giudiziale. Si noti che il giudice non partecipa alla consulenza, né entra in alcun modo nel merito, tanto che, quando omologa l'accertamento del requisito sanitario, lo deve fare “secondo le risultanze probatorie indicate nella relazione del consulente tecnico dell'ufficio”. Il che confligge con l'articolo 111, 6° co. Cost. che esige la motivazione di tutti provvedimenti giurisdizionali.

Si pensi, al non infrequente caso in cui al giudice si chiedeva nella discussione orale e/o scritta del “vecchio” rito, di pronunciarsi circa l'antiorità della condizione sanitaria rispetto al tempo stabilito dal c.t.u. – cioè un'attività di decisione avvalendosi della documentazione in atti, magari malamente gestita dal CTU – caso non più possibile a verificarsi perché il giudice non può pronunciare decreto diverso da quello adesivo alle risultanze del CTU medesimo.

L'inimpugnabilità e la immodificabilità del decreto di omologa, completano il quadro, perché relegano al rango di spettatore il difensore della parte ricorrente, al quale non è riservato un tempo e un luogo, in cui far sentire la propria voce (il procedimento si svolge senza neppure un'udienza dopo aver raccolto la consulenza).



Né si può dimenticare che il comma 6 bis dell'art. 10 del D.L. 30/09/2005, n.203 (v. supra in nota 1) produce un notevole scompensamento del principio del contraddittorio attribuendo al consulente di parte INPS una sorta di libera mobilità e di intervento senza regole, delle quali invece non gode l'eventuale – ma assai raro come ben sanno i magistrati del ramo – consulente di parte del lavoratore. Ci si intende riferire al fatto che la norma in questione ha introdotto un onere del CTU relativo all'informativa obbligatoria al direttore dell'INPS circa l'inizio delle operazioni peritali; e ciò al fine di consentire al medico di parte INPS, di “partecipare alle operazioni peritali in deroga al comma 1 dell'art. 201 del codice di procedura civile”. Un privilegio a favore del consulente della parte giudiziale INPS, peraltro più forte, mentre il consulente della parte ricorrente, quella più debole, deve ancora essere nominato con dichiarazione ricevuta dal cancelliere come prescrive l'art. 201 testé richiamato.

Orbene, siffatto costrutto processuale urti irrimediabilmente il principio di ragionevolezza perché, quali che siano le scelte del legislatore la *causa legis* voluta tutelare, appare scriteriato, ovvero privo di razionalità il fatto di obbligare la parte ricorrente a dotarsi di un accertamento tecnico che, come concepito e costruito, non è il frutto di un sereno e “terzo” esame delle condizioni sanitarie del soggetto, ma il frutto delle inevitabili pressioni che la presenza, libera da vincoli anche formali, del medico INPS può indurre e di fatto induce. A questo riguardo, giova sapere che, in sedi Inps non grandi, tutta l'attività di accertamento sanitario, viene svolta da due, tre medici organici all'ente, che -poi- presenziano alla CTU quali consulenti di parte, frequentemente trovandosi a rivedere lo stesso soggetto cui nella fase amministrativa, hanno negato l'esistenza del requisito sanitario.

E davvero non si comprende perché mai, in base a quale logica, si sia il legislatore determinato, per un verso, a privilegiare la presenza della parte INPS nell'a.t.p., agevolandone la partecipazione; per altro verso, a limitare il ruolo del Giudice ad interventi prestabiliti e scevri di contenuto decisorio; per altro verso ancora, ad eliminare ogni presenza attiva del difensore, per il che, sovente, nell'a.t.p. il ricorrente è privo di una qualche assistenza.



È assai difficile pensare che questo procedimento abbia dietro di sé una ragione giustificatrice coerente con l'iter disegnato, in quanto, nella realtà, introduce una modifica processuale eccentrica e peggiorativa rispetto a quella previgente, mentre le norme di diritto sostanziale (assistenziale e previdenziale), sono sempre uguali ed immutate nel tempo.

D'altra parte, non è chi non veda come venga stravolta la intera disciplina di cui al Titolo IV, Capo II, del codice di procedura civile (relativa alle controversie in materia di assistenza e previdenza obbligatorie), al tempo concepita per agevolare il ricorso al giudice in modo pieno sin dalle sue prime fasi, proprio in considerazione della delicatezza della materia oggetto del giudizio, dove si parla di mali e malanni degli umani.

Parallelamente, la normativa in questione si mostra in conflitto con l'articolo 24 Costituzione in quanto il procedimento di accertamento tecnico preventivo pone condizioni di sostanziale impedimento all'esercizio del diritto di azione e di difesa. Così è per l'appena vista inesistenza attiva di un difensore tecnico, ma così è anche per la mancata previsione di un *tempus* per la discussione del caso, mentre l'unica verosimile presenza del difensore, nel 6° comma dell'art. 445 bis, è relativa al ricorso introduttivo del giudizio (ad accertamento tecnico preventivo oramai tutto effettuato sotto l'onnipresenza del medico INPS), cui viene, peraltro, riservata la forza caudina della inammissibilità per mancata specificazione dei motivi della contestazione.

3 e – Art 445 bis cod. proc. civ., comma 5°: decreto di omologa dell'accertamento del requisito sanitario. Mancata attribuzione della qualità di titolo esecutivo al decreto di omologa. Illegittimità costituzionale dell'intero articolo per violazione del principio di ragionevolezza.

La norma prevede che il decreto di omologa sia “*notificato agli enti competenti*”, i quali, previa verifica di “*tutti gli ulteriori requisiti della normativa vigente*”, provvedono entro 120 giorni “*al pagamento delle relative prestazioni*”.

La mancata espressa attribuzione **della qualità di titolo esecutivo** – necessaria ex articolo 474 c.p.c. per i titoli giudiziali diversi dalla sentenza – pone il problema se il



decreto costituisca titolo idoneo, in caso di mancato spontaneo pagamento entro il termine indicato, a consentire l'accesso all'azione esecutiva.

La questione è tale da travolgere l'intero articolo.

Invero, così come è formulata la norma, è del tutto logico ritenere che il procedimento in esame, nonostante l'“accordo” implicito nel mancato deposito delle dichiarazioni di dissenso, non sia idoneo a sfociare in un titolo esecutivo (con conseguente necessità di dare impulso ad un'ulteriore autonoma azione, anche monitoria), l'intera “architettura” del nuovo procedimento mostra una **irragionevolezza di fondo**, tale da mettere in dubbio la costituzionalità dell'intera normativa.

Imporre il previo svolgimento della consulenza tecnica, con l'introduzione di un termine perentorio per la dichiarazione di dissenso, decorso il quale il giudice omologa “*l'accertamento delle requisito sanitario*”, significa, a nostro parere, che il procedimento si conclude con una sorta di provvedimento meramente “dichiarativo” della sussistenza del requisito sanitario, limitato all'*an debeatur*.

Così stando le cose, è lecito dubitare che l'intervento normativo abbia finalità deflattiva, in quanto si risolve in un rilevante appesantimento delle condizioni di accesso a tutela giurisdizionale.

A questo riguardo, torna acconcio il richiamo all'articolo 38 del D.L. 6 luglio 2011, n.98 (quello che ha introdotto l'articolo 445 bis c.p.c.), il quale nell'indicare gli scopi della legge, del tutto pianamente ammette che, tra i fini perseguiti dalla legge, vi è anche quello di “deflazionare il contenzioso in materia previdenziale”.

Si conferma così che il legislatore ha voluto creare condizioni di accesso alla tutela giurisdizionale, notevolmente più difficili rispetto al passato, allorquando dalla fase amministrativa si passava direttamente a quella giudiziale, diretta da magistrato “pleno jure”, che disponeva anche degli ulteriori mezzi di penetrazione della materia del contendere e di formazione del convincimento (ad es. interrogatorio libero, prova testimoniale, acquisizione di documentazione presso terzi, etc.).

Ora, atteso che di norma il ricorso giurisdizionale non può non comprendere anche la fase di formazione di un titolo condannatorio idoneo a consentire l'accesso all'azione



esecutiva, nel nostro caso il “percorso” imposto dalla legge, per la tutela dei diritti soggettivi in gioco, prevede solo la possibilità di ottenere un provvedimento meramente dichiarativo.

Un’interpretazione siffatta trova giustificazione nel tenore testuale della formula “... *omologa l’accertamento del requisito sanitario...*”. Al di là dell’utilizzo improprio del termine “omologazione” – di norma utilizzato per consentire all’atto (ad esempio, accordo di conciliazione o lodo arbitrale), previo controllo giudiziario, di acquisire la qualità di titolo esecutivo – la formula esprime la volontà del legislatore di rendere stabile ed efficace il solo accertamento dell’an, lasciando agli “enti competenti” il compito di accertare la sussistenza degli ulteriori presupposti necessari per il riconoscimento del trattamento, nonché di quantificare gli importi dovuti e di provvedere “spontaneamente” al relativo pagamento.

Balza, quindi, evidente il dubbio di costituzionalità dell’intero articolo 445 bis c.p.c. per via, ancora, della **non ragionevolezza** di una ipotesi di giurisdizione condizionata, la quale, pur dando luogo ad un sostanziale “accordo”, non consente la formazione immediata di un titolo esecutivo e comunque di una statuizione condannatoria, costringendo, in ipotesi, l’invalido a rivolgersi nuovamente al giudice (con buona pace, peraltro, del fine deflattivo!).

Per altro verso, la possibilità di attribuire al provvedimento la qualità di titolo esecutivo appare non priva di ostacoli, anche richiamando quella giurisprudenza sul carattere “implicito” della esecutorietà.

Ad esempio, Cass. 26 maggio 2005, n. 11196, ha ritenuto che, nella sentenza di accoglimento della domanda di cessazione di un rapporto agrario, deve ritenersi implicito l’ordine di rilascio dell’immobile locato con la conseguenza che il concedente può agire in via esecutiva contro l’ex conduttore per ottenere il rilascio del fondo sulla base della sentenza che accerti la cessazione.

Nella specie, sarebbe quanto meno necessario che il provvedimento di “omologa” contenesse gli elementi indispensabili per l’individuazione del trattamento dovuto e per la quantificazione degli importi, elementi che sappiamo essere sempre mancanti nella



relazione del c.t.u., ove l'indagine peritale è limitata all'accertamento del solo requisito sanitario.

Né appare possibile richiamare l'orientamento giurisprudenziale che attribuisce alla sentenza di condanna, che non contenga la determinazione della somma dovuta, la qualità di titolo esecutivo "a condizione che dal complesso di informazioni rinvenibili nel dispositivo e nella motivazione, anche mediante l'integrazione con elementi certi perché acquisiti agli atti riguardanti dati ufficiali, possa procedersi alla quantificazione con un'operazione meramente matematica" (Così Cass. 17 aprile 2009, n. 9245).

Il provvedimento all'esame difetta di qualsiasi statuizione condannatoria e ciò porta ad escludere la possibilità di "costruire" un capo di condanna, nonché di utilizzare dati non contenuti nel provvedimento stesso.

3. f – Illegittimità costituzionale dell'articolo 445 bis cod. proc. civ. per gli ostacoli frapposti all'accesso al diritto di azione di difesa di cui all'art. 24 Cost., con violazione, altresì, del principio di ragionevolezza, del principio di parità di trattamento di cui all'articolo 3 Cost. e dell'articolo 38 Cost. in relazione: a) al termine perentorio per il deposito della dichiarazione di contestazione delle conclusioni del CTU (comma 4°); b) al decreto di "omologa" dell'accertamento sulle requisito sanitario che non ammette preventivo contraddittorio tra le parti (comma 5°); c) al termine perentorio per il deposito del ricorso introduttivo della fase contenziosa (comma 6°); d) alla sanzione di inammissibilità sulla mancata specificazione dei motivi della contestazione (comma 6°).

Le norme menzionate nel titolo ora letto, mostrano il reiterato ostacolo frapposto dal legislatore al diritto sancito dall'articolo 24 di accesso all'azione giudiziale per la tutela dei propri interessi di natura previdenziale.

Di volta in volta tale ostacolo – che coinvolge, peraltro, anche il principio di ragionevolezza, nonché l'articolo 38 Cost. perché si riverbera sull'ivi affermato diritto all'assistenza sociale – è manifestato: dal termine perentorio di cui al 4° comma, al quale consegue ineluttabilmente una decadenza dal diritto di azione; dal decreto di omologa che, pronunciato fuori udienza, non prevede la possibilità di un qualche contraddittorio preventivo; dal termine ancora perentorio per il deposito del ricorso introduttivo;



dall'inammissibilità del ricorso di merito in assenza della specificazione dei motivi di contestazione.

Procedendo un po' più analiticamente, possiamo osservare:

* al 4° comma, l'art. 445 bis c.p.c. stabilisce che una volta concluse le operazioni peritali, con il deposito in Cancelleria della relativa relazione, il Giudice è chiamato a pronunciare un decreto di fissazione di “*un termine perentorio non superiore a trenta giorni*” entro il quale le parti “*devono dichiarare*” con atto scritto depositato in cancelleria, se intendono contestare le conclusioni del CTU.

La norma si limita, dunque, a prevedere il termine massimo, ma **non prevede un termine minimo**.

Questa mancanza comporta che la norma attribuisce al Giudice il potere di determinare la misura del termine, che, in teoria, potrebbe anche essere di natura assai ridotta, con conseguente possibile lesione delle garanzie difensive minime.

Si potrebbe obiettare che il nuovo testo dell'art. 195 c.p.c., come modificato dalla legge n. 69 del 2009, prevede che il CTU deve trasmettere alle parti la relazione e attendere prima del deposito, le eventuali loro osservazioni e che la dichiarazione di contestazione non ha bisogno di grandi spazi perché può anche non contenere le ragioni del dissenso. Ma l'obiezione non sarebbe conducente perché la mancata previsione di un termine minimo espone in maniera **irragionevole** il difensore ai rischi connessi al mancato rispetto del termine (vera è propria **decadenza** della possibilità di contestare le conclusioni della CTU) anche tenuto conto del fatto che la decisione di accettare o non accettare le conclusioni del CTU deve essere assunta dalla parte personalmente, onde il difensore ha necessità di un “tempus reflectendi” non solo proprio, ma anche necessario per conferire con il cliente e consentirgli a sua volta di riflettere, e magari, consultare un suo fiduciario medico dal quale raccogliere un parere; tempo di riflessione che non può essere rimesso alla decisione, caso per caso, del singolo Giudice;

* al 5° comma dell'art. 445 bis c.p.c., è previsto che il decreto di omologa dell'accertamento sul requisito sanitario può essere pronunciato sul presupposto della “*assenza di contestazione*” ed ha la forma del decreto emesso “*fuori udienza*”. La



fissazione di apposita udienza è espressamente esclusa dalla norma la quale non ammette, del tutto **irragionevolmente**, la possibilità di contraddittorio tra le parti prima della pronuncia del decreto. Si pensi che, pur non contestandosi la conclusione della consulenza favorevole alla ricorrente, ben potrebbe ragionatamente e documentatamente contestarsi – come sovente avviene – la decorrenza della prestazione come differita dal CTU a tempo posteriore alla domanda.

Anche questa previsione normativa solleva dubbi di costituzionalità, in quanto non consente l'esercizio delle garanzie difensive nella fase che precede la pronuncia di un decreto, dalla stessa norma qualificato come “*non impugnabile*” e “*non revocabile*”; la mancata previsione di una previa audizione delle parti, impedisce palesemente alle stesse di sottoporre al Giudice difese che potrebbero incidere sulla decisione;

*al 6° comma, l'art. 445 bis c.p.c. prevede l'obbligo, in capo alla parte che ha depositato la dichiarazione di contestazione, di depositare il ricorso introduttivo della fase contenziosa entro il **termine perentorio** di 30 giorni, che decorre dalla data di deposito in Cancelleria della dichiarazione di dissenso. A pena di inammissibilità il ricorso deve contenere i motivi della contestazione.

I dubbi di costituzionalità – sempre con riferimento all'articolo 24 Cost. ma anche al deficit di ragionevolezza – appaiono legati al fatto che, pur in presenza di un mancato “accordo”, viene imposto alla parte di dare inizio al giudizio entro un termine espressamente dichiarato perentorio.

Ciascuno di noi avverte che la perentorietà del termine coarctisce o forza il comportamento della parte, limitando la possibilità, ad esempio, di ricerche di acquisizione di documentazione probatoria; pare che il legislatore sia stato colto dal desiderio, davvero non propriamente commendevole, di liberarsi pur che sia del ricorso previdenziale al Giudice.

Va, comunque, notato che un termine siffatto non si rinviene in nessun altro procedimento di istruzione preventiva e, in generale, in caso di rigetto della domanda cautelare proposta “*ante causam*” (viene alla mente anche sempre l'art. 3 Cost., ma sotto il profilo del principio di eguaglianza).



Il mancato rispetto del termine, pur nel silenzio della norma, dovrebbe comportare una decadenza a carico delle parti, il cui contenuto appare quantomeno scuro.

È, tuttavia, un segno, anche questo, del sostanziale impedimento all'esercizio del diritto di azione che il legislatore del 445 bis c.p.c. ha, con più accenti e ripetutamente, mostrato di volere;

* da ultimo, ma non ultimo, va evidenziato che la norma in questione, nel suo 6° comma, prevede la sanzione di inammissibilità del ricorso introduttivo del giudizio, quando non siano specificati i motivi della contestazione.

Appare di tutta evidenza l'ulteriore limitazione al diritto di azione, specie se si considera che la sanzione di inammissibilità è correlata alla specificazione dei motivi di contestazione, senza, tuttavia, che la norma indichi quando ricorra l'ipotesi dell'assenza dei suddetti motivi, sì da determinare dei criteri obiettivi di valutazione che guidino il giudizio sulla inammissibilità medesima.

In vero, si introduce, ancora una volta, un'ipotesi, davvero unica, di ricorso al Giudice del primo grado di giudizio condizionata.

Ciò viola, quindi, non solo l'art. 24 Cost., ma anche e nuovamente, l'art. 3 Cost., della disparità di trattamento, in *pejus*, introdotto dall'art. 445 bis c.p.c., tra il cittadino che agisce per la tutela di un proprio diritto in sede ordinaria e quello che deve agire per la tutela di un diritto previdenziale assistenziale.

Non solo, ma rende dispari il trattamento, nello stesso ambito processuale previdenziale, tra chi, ex art. 445 bis c.p.c., deve preventivamente dotarsi dell'accertamento tecnico e chi, invece, non è soggetto a limitazioni ed oneri preventivi, perché richiede al Giudice una prestazione soltanto economica e/o, comunque, diversa da quelle ricadenti nella norma denunciata (ad es. riliquidazione pensione per ulteriore contribuzione versata; pensione di reversibilità del figlio inabile a carico del *de cuius*; etc. V. anche infra, sub.IV°).

3. g – Illegittimità costituzionale dell'art. 445 bis c.p.c. 7° comma introdotto dall'art. 27 della legge 12 novembre 2011 n. 183 per contrasto con l'art. 3, 24 e 111 della Costituzione.



Questo ulteriore profilo sarà esaminato nel successivo paragrafo 5.

Ciò che preme in tale contesto sottolineare è che oltre ai rilievi di palese illegittimità costituzionale della norma, vi sono poi i **numerosi problemi di carattere pratico** con cui le cancellerie degli uffici giudiziari sono costrette a convivere: problemi che presto porteranno alla paralisi degli uffici.

Occorre infatti considerare in primo luogo che la norma fa riferimento alla interruzione della prescrizione, ma non può ovviamente far venir meno la decadenza dalla proposizione del ricorso giudiziario, laddove l'interessato non abbia proposto l'azione giudiziaria entro il termine semestrale stabilito dall'articolo 42 del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269 poi convertito in legge e relative successive modificazioni.

Sebbene i giudici abbiano per comodità interpretato l'articolo 445 bis del c.p.c. come idoneo ad interrompere gli effetti della decadenza di cui al citato decreto-legge, è fin troppo evidente che l'interruzione della prescrizione, non può certo operare anche con riferimento alla decadenza che, com'è noto, non può essere in alcun modo interrotta se non con la proposizione dell'azione giudiziaria, dal momento che la stessa è peraltro stabilita da una norma speciale.

La dichiarata tendenza già attuata si nella prassi dai magistrati di dichiarare inammissibile il ricorso ex art. 442 di merito, in pendenza dell'ATP non ancora concluso, contrasta peraltro con lo stesso art. 445 bis. c.p.c. e formerà oggetto presto – anche in tal caso – di pronuncia di illegittimità.

A ciò si aggiunga che le carenze di organico e di strutture degli uffici giudiziari impongono a questi ultimi una volta ultimato il procedimento volto ad ottenere l'accertamento del requisito sanitario, di dislocare i relativi fascicoli presso altre strutture e/o archivi, dai quali poi saranno ben presto costretti a riesumarli nel momento in cui l'interessato propone il ricorso di merito. Il tutto con inevitabili complicazioni e particolare aggravio di costi.

L'aver previsto il meccanismo dell'accertamento tecnico preventivo del requisito sanitario si è tradotto nei fatti in una inutile complicazione di un procedimento giudiziario che, oramai consolidato anche nella durata (fissata mediamente in circa nove



mesi), consentiva in un tempo ragionevole di acclarare l'esistenza del diritto fatto valere dall'interessato e di ottenere contestualmente la condanna dell'Istituto di previdenza alla prestazione dovuta. Meccanismo, nel cui ambito, la possibile condanna alle spese, del ricorrente, in caso di lite temeraria o di giudizio manifestamente infondato, così come rivisitato all'indomani della modifica dell'articolo 152 disp att. al c.p.c. consentiva peraltro già adeguatamente di deflazionare il carico di lavoro degli apparati giudiziari, ora nuovamente ingolfato dalla proposizione – nel solo 1° semestre del 2012 presso il Tribunale civile di Roma, sezione lavoro – di circa 10.000 ricorsi ex articolo 445 bis c.p.c..

Vi è più. Non sono stati ancora ad oggi valutati gli effetti pratici e processuali della norma, laddove al legislatore è sfuggito che in caso di contestazione dell'ATP ad opera dell'INPS, l'interessato dovrà addirittura spiegare domanda riconvenzionale, al fine di ottenere la condanna dell'Istituto al pagamento della prestazione di cui è stata accertata l'esistenza del requisito sanitario, onde evitare di precludersi il diritto alla prestazione.

Tanto basta eliminare anche la dichiarata rapidità dell'accertamento che finirà inevitabilmente nella migliore delle ipotesi per tradursi in un giudizio senza fine anziché risolvere celermente i problemi degli invalidi.

§ 4. - Espressa previsione normativa della possibilità di utilizzare lo strumento giudiziario per affermare il diritto a vedersi riconosciuti i benefici di cui alla legge 104/92, non sempre assicurato da tutti i giudici.

Alcuni giudici (una esigua minoranza ad onor del vero) in presenza di domande finalizzate ad ottenere l'accertamento della condizione di handicap grave del ricorrente, di cui all'art.3, comma 3, legge n. 104/92, con conseguente diritto a vedersi riconosciuti i benefici conseguenti a detto riconoscimento, dichiarano la domanda proposta inammissibile.

Ciò richiamando una decisione adottata dalla Suprema Corte di Cassazione (SS.UU. n. 483/2000) in forza della quale ritengono che la domanda di accertamento non possa avere ad oggetto una mera situazione di fatto, ma debba tendere all'accertamento di un



diritto che sia già sorto, in presenza di un pregiudizio attuale, e non meramente potenziale (Cass. Sez. Lav. n. 6142 del 18.06.1999). Nella sentenza della Suprema Corte a SS.UU. richiamata da detti giudici può leggersi che: “ *Quanto all’azione di accertamento, anzi, essa potrà avere per oggetto il diritto alla singola prestazione assistenziale, ma non anche la mera situazione di fatto consistente in un’infermità o una menomazione fisica. Infatti, secondo i principi generali, l’azione giudiziaria può tendere all’accertamento di situazioni giuridiche soggettive non di semplici fatti....*”. “*E’ inammissibile, per difetto di interesse ad agire, l’azione intesa all’accertamento di un fatto, giacché il diritto di difendersi in giudizio di cui agli articoli 24, 111 costituzione può esercitarsi solo davanti alla prospettazione di un determinato diritto o interesse giuridicamente protetto, sì da consentire all’avversario di conoscere precisamente i punti da discutere, ossia il bene della vita chiesto dall’attore ed il danno che per lo stesso avversario deriverebbe dall’accoglimento della domanda*”..

Sulla scorta di dette decisioni i magistrati, impediscono all’interessato di ottenere dei benefici di cui all’art. 3 comma 3 della legge 104/92, anche all’esito del giudizio di rinvio operato dalla Corte di Appello che riconosce la bontà delle loro richieste. Ciò, poiché, all’atto della rimessione del procedimento dinanzi al giudice di primo grado il meccanismo di assegnazione delle cause, finalizzato ad evitare inutili duplicazioni di giudizi, assegna automaticamente al medesimo giudice che in primo grado aveva negato il riconoscimento la stessa causa, cosicché il ricorrente si vede nuovamente negata la prestazione che invece avrebbe ottenuto laddove il suo procedimento fosse stato assegnato ad altro giudice.

Detta paradossale situazione è francamente inaccettabile poiché finisce per discriminare soggetti che trovandosi nelle medesime situazioni ricevano risposte diverse dall’apparato giudiziario in palese violazione dell’art. 3 della Costituzione.

Per eliminare il fenomeno anzidetto è opportuno stabilire espressamente la possibilità di ottenere i benefici di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 3, facendo ricorso al giudice anche al solo fine di accertare la condizione di handicap, ovvero in alternativa modificare il sistema di assegnazione delle cause disponendo che in caso di giudizio di rinvio



operato dalla Corte di Appello o da altro giudice, il procedimento non venga assegnato al medesimo magistrato che lo aveva in precedenza esaminato.

§ 5. – Reintroduzione della possibilità di proporre appello avverso le decisioni del giudice di primo grado.

Le ragioni della illegittimità costituzionale dell'art. 445 bis c.p.c. comma 7° per contrasto con l'art. 3, 24 e 111 della Costituzione, sono ancora più dirompenti laddove si consideri che la previsione di inappellabilità della sentenza che definisce il giudizio di cui all'articolo 445 bis del codice di procedura civile, inizialmente introdotta dall'articolo 38 del D.L. 98/ 2011 e successivamente soppressa dalla legge n. 111 del 15 luglio 2011, è stata ripristinata nella formulazione dell'articolo 27 lettera f) della legge 12.11.2011, n. 183 il quale dispone che “all'articolo 445 bis è aggiunto, in fine, il seguente comma: *“la sentenza che definisce il giudizio previsto dal comma precedente è inappellabile”*”.

Il punto 2 del medesimo articolo prosegue statuendo che la suddetta disposizione si applica decorsi 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge (30 gg. dal 1/1/2012).

Dal punto di vista testuale, l'articolo 445 bis comma 7 c.p.c. non può che essere interpretato nel senso di comprendere nell'ambito introdotto ai sensi del sesto comma dell'articolo 445 bis ovvero del procedimento di merito scaturito dal mancato accordo ed in esito alle contestazioni delle parti rispetto alle conclusioni rese dal consulente tecnico d'ufficio nella preventiva fase di accertamento del requisito sanitario.

Non sono invece escluse dall'appellabilità le decisioni pronunciate nel giudizio per il riconoscimento di una prestazione di invalidità nei casi in cui non sia in discussione la sussistenza del requisito sanitario. In altri termini, l'interpretazione logico-sistematica della norma induce a ritenere che il legislatore, allo scopo di “deflazionare il contenzioso in materia previdenziale” e di “contenere la durata dei processi in materia previdenziale, nei termini di durata ragionevole dei processi” abbia assunto come parametro per definire l'area delle sentenze inappellabili solo il caso in cui sia controverso l'accertamento della sussistenza del requisito sanitario, lasciando al di fuori i procedimenti nei quali il



mancato riconoscimento del diritto assistenziale o previdenziale sia legato invece al requisito amministrativo o contributivo o di altra natura.

La limitazione all'appello come innanzi delineata confligge con il principio di ragionevolezza desunto dall'art. 3 della costituzione, non tanto e non solo perché distingue tra cittadini che si rivolgono al Giudice previdenziale dai cittadini che si rivolgono al Giudice civile in genere, ma anche perché pone una diversità di trattamento in relazione a fattispecie ugualmente tese a conseguire prestazioni previdenziali e/o assistenziali di invalidità, non adeguatamente giustificata dalle caratteristiche e finalità del giudizio e dalle proclamate esigenze di celerità. Due soggetti entrambi affetti da patologie ugualmente invalidanti, si porrebbero in condizioni disomogenee a seconda se sia in contestazione il requisito sanitario utile per l'accesso al beneficio o al contrario quello amministrativo e/o contributivo e ciò in quanto solamente nel secondo caso resterebbe salvo il doppio grado di merito.

La limitazione ad un unico grado di giudizio dell'accertamento della sussistenza del requisito sanitario, riduce di fatto per l'invalido la possibilità di contestare il merito del rapporto potendo egli dolersi per esclusivi motivi di legittimità dell'unica pronuncia che potrà conseguire sul punto.

La ratio dell'intervento legislativo data dall'accelerazione del procedimento rivendicata mediante la negazione del rimedio dell'appello rischia di non verificarsi nella realtà e ciò in quanto la parte ricorrente sarà obbligata a ricorrere nuovamente al Giudice al fine di ottenere la condanna al pagamento della prestazione nel caso di mancato spontaneo adempimento da parte dell'Istituto previdenziale, pur nella presenza di tutti i requisiti costitutivi del diritto, attesa la natura dichiarativa della sentenza resa ai sensi dell'art. 445 bis, 6° comma, limitata all'accertamento della sussistenza del presupposto sanitario.

Del pari, nel caso di verifica dell'inesistenza di uno dei requisiti richiesti dalle norme per il conseguimento delle prestazioni, diverso da quello sanitario, si avvierà un nuovo giudizio avverso il provvedimento di diniego motivato dall'accertamento dei requisiti ritenuti carenti.



Infine, nel caso in cui il giudizio per il riconoscimento di una prestazione di invalidità sia introdotto al di fuori del procedimento ex art. 445 bis, rimarrebbe comunque esperibile il doppio grado di giurisdizione.

L'intento di deflazionare il contenzioso e di abbreviare la durata del processo sembra quindi improbabile da realizzare e rischia di produrre una differenziata considerazione processuale del soggetto invalido, a seconda del diverso presupposto costitutivo del diritto in contestazione. In sostanza, la sentenza resa all'esito del giudizio di cui all'art. 445 bis, 6° comma, e la celerità del procedimento da cui la stessa ha origine, non rende la posizione dell'invalido più garantita proprio nel momento in cui questi avrebbe bisogno di una tutela cognitiva piena avente ad oggetto il proprio diritto. Tenuto conto difatti che per le controversie assistenziali e/o previdenziali in cui siano in contestazione requisiti diversi da quello sanitario, nonché per le controversie concernenti il riconoscimento di pensioni di reversibilità ai figli invalidi, all'assegno di accompagnamento di cui alla legge n. 222/ 84 e alla pensione di vecchiaia anticipata per motivi di invalidità, il soggetto può esercitare un'ordinaria azione di cognizione, strutturata nei due gradi di merito ed in quello successivo di legittimità, non pare ragionevole il diverso trattamento riservato solamente all'invalido che richieda l'accertamento del requisito sanitario per il godimento delle prestazioni, trattandosi di fattispecie sostanzialmente identiche e comunque di pronunce finalizzate all'accertamento del proprio diritto ed all'esistenza del rapporto.

L'irrazionalità della preclusione data dall'inappellabilità della sentenza è resa ancor più manifesta dal rilievo costituzionale dei diritti previdenziali ed assistenziali i quali, traendo origine da norme di legge, si configurano come diritti soggettivi perfetti ed indisponibili essendo volti a tutelare interessi primari dei cittadini e contemporaneamente a realizzare interessi pubblici sovraordinati, connessi all'esigenza collettiva di evitare l'indigenza di soggetti non in grado di procurarsi i mezzi adeguati di sussistenza a causa di una limitazione o della perdita della capacità di lavoro proficuo. L'indisponibilità del diritto rende pertanto illegittimo qualsivoglia atto dispositivo od abdicativo alla piena realizzabilità e tutelabilità dello stesso.



L'illegittimità costituzionale della normativa posta dall'art. 445 bis 7° comma c.p.c. è rilevabile altresì in relazione all'art. 111 della Costituzione, nonché all'art. 24 Cost. per accesso all'azione giudiziale incidendo sull'esplicazione del diritto di difesa. La preclusione all'appello e la previsione di un unico grado di merito non trova difatti nel procedimento innanzi evidenziato un fondamento ragionevolmente commisurato all'entità della limitazione apportata al diritto di difesa ed ai principi del giusto processo.

Il criterio in base al quale per alcune prestazioni previdenziali e ora assistenziali - quali la reversibilità figlio inabile, assegno di accompagnamento di cui alla legge 222/84, pensione di vecchiaia anticipata per invalidità pari all'80%, oltre all'invalidità civile, pensione di inabilità ed assegno ordinario di invalidità disciplinati dalla legge 222/84, per i quali ultimi non è controverso il requisito sanitario - è riconosciuto il diritto di appello e per altre è invece negato, dipende da una circostanza esterna alla natura ed al carattere del diritto in esame, che ne condiziona fortemente l'esercizio e determina un irragionevole sacrificio del soggetto invalido a proporre appello. La previsione di inappellabilità della sentenza comporta inoltre quale primaria conseguenza la sua impugnazione per cassazione ai sensi dell'art. 111 comma 7 della Costituzione. E ciò con buona pace dei dichiarati e conclamati carichi di lavoro della Corte di Cassazione che, in conseguenza di tale disposizione, rischiano di aggravarsi ulteriormente. Il rimedio non compensa comunque in alcun modo la privazione non soltanto perché posto a favore di entrambe le parti, ma anche soprattutto in ragione della circostanza che, attesa la natura eminentemente tecnica dell'oggetto del giudizio e la funzione nomofilattica della Corte di Cassazione, si esula dal riesame di merito, consentito dal gravame. La norma censurata priva in sostanza il ricorrente della possibilità di far valere doglianze di merito contro la sentenza di accertamento del requisito sanitario per l'accesso al diritto previdenziale o assistenziale e detta preclusione al diritto di difesa, di cui il potere di appello l'espressione, non si presenta costituzionalmente compatibile per il suo valore preminente con le enunciate finalità dei fatti del rito, comprimendo il diritto del soggetto invalido ad una piena ed effettiva tutela. L'esclusione della appellabilità non deriva infatti da esigenze intrinseche alla procedura ed alla materia delle controversie



previdenziali ed assistenziali in sé in quanto non colpisce tutte le decisioni emesse nell'ambito di tali giudizi, e tale circostanza determina una effettiva discriminazione alla stregua del presupposto in contestazione oggetto di accertamento giurisdizionale.

A ciò si aggiunga poi che sebbene non siano invece escluse dall'appellabilità le decisioni pronunciate nel giudizio per il riconoscimento di una prestazione di invalidità nei casi in cui non sia in discussione la sussistenza del requisito sanitario, la recente formulazione del nuovo articolo 348 - bis c.p.c. in tema di inammissibilità all'appello è soggetta ad operare nei casi residuali (in cui non si discuta del requisito sanitario) che comunque interessano l'invalido. Il legislatore ha stabilito, infatti, che l'impugnazione è dichiarata inammissibile dal giudice competente quando non ha una ragionevole probabilità di essere accolta. Tale disposizione va poi combinata con l'articolo 348 - ter in tema di pronuncia sull'inammissibilità dell'appello. Detta ultima norma prevede che all'udienza di quell'articolo 350 c.p.c. il giudice, prima di procedere alla trattazione, dichiara inammissibile l'appello, a norma dell'articolo 348 bis, primo comma, con ordinanza succintamente motivata, anche mediante rinvio agli elementi di fatto riportati in uno o più atti di causa e il riferimento ai precedenti conformi.

Da ultimo, ma non per importanza, va poi ricordato che anche il termine per proporre ricorso per cassazione, unico rimedio utilizzabile avverso le decisioni emesse dalla giudice di primo grado decorre dalla comunicazione o notificazione, se anteriore dell'ordinanza che dichiara l'inammissibilità, ed è inoltre precluso nel caso di cui all'articolo 360 n. 5 potendosi ammettere il ricorso per cassazione esclusivamente per motivi di quei numeri 1,2, 3 e 4 dell'articolo 360 c.p.c..

Le conseguenze di siffatto impianto minano così inesorabilmente ogni diritto dell'invalido.

§ 6. - Modifica dell'attuale criterio di valutazione delle minorazioni attraverso la unificazione delle tabelle di legge della valutazione del danno biologico (attualmente ne esistono tre oltre i vari barème per la responsabilità civile), utilizzo della tabella unificata (ovvero nelle more della tabella INAIL) anche per la valutazione dell'invalidità civile (da qualche anno sta lavorando una commissione,



apparentemente senza risultati, che dovrebbe rivedere l'attuale tabella ex decreto ministeriale 5 febbraio 1992); individuazione per legge del grado di menomazione minimo perché venga considerato invalido un cittadino; individuazione dei benefici economici da corrispondere e dei servizi assistenziali da rendere all'invalido tenendo conto del grado di autosufficienza e/o di handicap.

Il presente punto è particolarmente complesso e merita di essere approfondito alla luce della evoluzione giurisprudenziale e dell'oramai anacronistico concetto di capacità lavorativa generica o semispecifica, utilizzato, surrettiziamente e impropriamente, in responsabilità civile per sopperire ad una carenza legislativa (la persona che non produceva reddito non avrebbe, teoricamente, avuto titolo a pretendere il risarcimento da parte del terzo responsabile, perché anteriormente alla sentenza della Corte Cost. 184/1986, il codice civile prevedeva solo il ristoro del danno emergente e del lucro cessante).

Si tratta di un argomento che attiene alla rivisitazione dell'intero impianto delle invalidità, non solo quella civile, ma insieme a questa anche dell'accertamento medico legale del danno alla persona e dell'invalidità INPS, che merita di essere affrontato in modo opportuno per essere ridisegnato completamente e, soprattutto opportunamente rappresentato.

Qualora tuttavia la commissione fosse interessata, comunichiamo fin da ora la nostra disponibilità ad affrontarne ogni aspetto.

§ 7. - Eliminazione di ogni contributo unificato nel caso di ricorso per cassazione ad opera di soggetti invalidi che intendono far valere i loro diritti.

Come noto il meccanismo relativo al versamento del contributo unificato introdotto con la L. 15.07.2011, n. 111 è stato ancora una volta profondamente modificato con la introduzione del versamento del contributo unificato anche per i giudizi attinenti alla materia della invalidità civile, nei casi in cui l'interessato abbia un reddito pari o superiore ad Euro 31.884,74, ora interpretato per effetto della distorta applicazione di alcune circolari (Ag. Entrate del 10/14 maggio 2012) come reddito riferito non al richiedente, ma all'intero suo nucleo familiare.



Nell'ambito del ricorso per cassazione, è inaccettabile che l'invalido (ovvero colui presenta determinate menomazioni e che versa in condizione di bisogno) ancorché privo di reddito e/o nullatenente (dunque a prescindere anche dalla soglia dell'importo sopra indicato di Euro 31.884,74), per far valere i propri diritti, all'esito dell'unico giudizio di merito di primo grado, sia tenuto a versare oltre 900,00 euro.

Riteniamo che detta previsione debba essere rivista per gli invalidi civili, con la esclusione del versamento del contributo unificato.

§ 8. – Possibilità ad opera dell'interessato invalido di rivalersi sul medico che opera la verifica del requisito sanitario, laddove quest'ultimo la abbia negata impropriamente, con conseguente venir meno della prestazione invocata.

Accade con imbarazzante frequenza, in occasione delle visite di revisione disposte per legge, che i sanitari deputati ai controlli all'esito dell'accertamento, ritengano non sussistenti i requisiti sanitari che avevano dato luogo, in precedenza, alla prestazione.

Ne consegue il provvedimento di sospensione e la conseguente revoca della prestazione con conseguente instaurazione ad opera dell'invalido del giudizio volto a riaffermare il suo diritto alla prestazione.

Nella maggior parte dei casi il suddetto iter procedimentale si conclude con una sentenza di accertamento ed ulteriore condanna dell'Istituto a ripristinare la prestazione soppressa dai sanitari, con inevitabili spese da parte dell'amministrazione.

In tale contesto, onde eliminare l'arbitrio e la revoca immotivata della prestazione, da parte della Commissione Medica Superiore, sarebbe opportuno prevedere espressamente – ciò anche al fine di responsabilizzare i sanitari – la possibilità per l'invalido di agire nei confronti del medico o dei medici che hanno sancito la insussistenza del requisito sanitario, in realtà evidentemente presente sul soggetto, onde arginare il fenomeno indiscriminato della revoca immotivata delle prestazioni.

Roma, 10 luglio 2012

IL PRESIDENTE ANMIL

(Franco Bettoni)

