



Origine ed evoluzione dell'istituto dell'invalidità civile: dai principi costituzionali al quadro normativo vigente

SOMMARIO

1.1 Principi costituzionali. - 1.2 Assistenza e previdenza. - 1.3 Definizione normativa di invalidità civile. - 1.4 La legge quadro sull'assistenza n. 328 dell'8 novembre 2000. - 1.5 Invalidità diverse da quella civile. - 1.6 I destinatari. - 1.7 Le provvidenze economiche. - 1.8 I soggetti attivi. - 1.9 Segue: Dalla L. n. 118/71 fino all'ingresso dello Stato nella gestione dell'invalidità civile. - 1.10 Segue: Le Commissioni mediche ASL e di verifica. - 1.11 Segue: Dal principio di separazione delle fasi del procedimento al decentramento amministrativo. - 1.12 Segue: Gli ultimi interventi normativi fino alla gestione attuale dell'invalidità civile.

1.1 Principi costituzionali

La disciplina dell'invalidità trova collocazione nella Costituzione al titolo III intitolato «Rapporti economici».

Recita l'**art. 38 Cost.** al comma 1: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*» e al comma 3: «*Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale*».

Infine, i commi 4 e 5 stabiliscono che: «Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera».

L'invalidità civile rientra nel più vasto territorio dell'**assistenza pubblica**, che trova il suo fondamento nel **principio della solidarietà sociale** sancito dall'art. 2 della Costituzione e che comporta l'assunzione a carico della comunità, con carattere di doverosità, degli oneri assistenziali.

Le **categorie beneficiarie** dell'intervento dell'assistenza pubblica sono individuate in quei cittadini che, sprovvisti di mezzi sufficienti, non sono, per ragioni indipendenti dalla loro volontà, in grado di procurarsi beni e servizi essenziali al vivere civile.

1.2 Assistenza e previdenza

L'invalidità come riduzione della capacità lavorativa

L'**invalidità**, intesa in senso generico come *riduzione della capacità lavorativa*, interessa oltre che l'assistenza anche la *previdenza*, cioè quell'apparato normativo che appresta misure protettive e preventive nei confronti dell'invalidità che può colpire i lavoratori per eventi, collegati e non, alla prestazione lavorativa.

La materia previdenziale trova la sua previsione a livello costituzionale nell'art. 38, al comma 2, che afferma: «*I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria*».

Le modalità di *finanziamento delle prestazioni previdenziali* sono diverse rispetto a quelle assistenziali, in quanto sono alimentate dai contributi gravanti su specifici soggetti obbligati, di norma i lavoratori e i datori di lavoro, che ne sostengono il carico maggiore.

È vero però che lo Stato partecipa anche a sostegno della previdenza qualora i mezzi raccolti con i versamenti contributivi siano insufficienti, ovvero quando si voglia ridurre l'onere a carico delle imprese per ragioni di politica economica, con misure di cd. *fiscalizzazione degli oneri sociali*, ma i due territori — assistenza e previdenza — rimangono *concettualmente e giuridicamente ben distinti*.

1.3 Definizione normativa di invalidità civile

La nozione giuridica di **invalido civile** è fornita dall'art. 2 della **L. 30 marzo 1971, n. 118** (Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati e invalidi civili).

Nozione di invalido civile

Per essa «*si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie, di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*».

Sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sono state approvate le tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti (D.Lgs. 23 novembre 1988, n. 509 e D.M. 5-2-1992).

La legge n. 335 dell'8 agosto 1995 (Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare) ha previsto che le norme di riordino delle prestazioni previdenziali e assistenziali, da emanarsi con successivi decreti delegati, tengano conto, nel prevedere i requisiti medico sanitari dell'invalidità, della nozione di **persona handicappata**, individuata dalla **L. 5 febbraio 1992, n. 104** (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) (v. *amplius* Cap. 7).

In base all'art. 3 di tale legge è persona handicappata «*colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*». **Nozione di persona handicappata**

Secondo la giurisprudenza, *la condizione soggettiva di persona con handicap, che determina l'applicabilità delle disposizioni di favore previste dalla L. n. 104/92, non si identifica con lo stato invalidante che dà titolo alla corresponsione delle prestazioni assistenziali e previdenziali, quali la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento, ma presuppone una situazione più complessa, caratterizzata dalla compresenza di patologie o di altri fattori idonei a menomare le condizioni di vita del soggetto* (C. Stato, sez. VI, 10 febbraio 1996, n. 185).

In linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la legge n. 68 del 12 marzo 1999 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) ha fatto ingresso nell'ordinamento la nozione più ampia di **disabile**, che ricomprende *tutte le categorie di invalidi*, civili o per infortunio sul lavoro o per malattia professionale, di guerra o di servizio, non vedenti o sordomuti. **Nozione di disabile**

La L. n. 68/99 mira appunto a promuovere l'inserimento e l'integrazione lavorativa dei disabili, attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

1.4 La legge quadro sull'assistenza n. 328 dell'8 novembre 2000

Il punto di arrivo, almeno programmatico, della evoluzione normativa nel campo dell'invalidità è stato raggiunto dalla **L. 8 novembre 2000, n. 328** (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), il cui art. 1, comma 1, recita: «*La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivante da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione*». In materia di disabilità è da menzionare, in particolare, l'articolo 24 che fissa, nel **La legge quadro sull'assistenza**

rispetto del *principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale*, l'impegno, senza oneri aggiuntivi per lo Stato, di riordino delle indennità e degli assegni spettanti alle varie categorie di minorati civili, finalizzando, laddove possibile, le provvidenze economiche **al pieno inserimento dell'invalido nel mondo del lavoro**, favorendone, comunque, la vita autonoma e la comunicazione.

1.5 Invalidità diverse da quella civile

L'invalidità pensionabile Allorché soggetto minorato sia un **lavoratore dipendente** da aziende *private*, l'eventuale condizione di invalidità o inabilità sopravvenuta dopo l'insorgenza del rapporto assicurativo, è di competenza dell'*INPS*, Istituto nazionale della previdenza sociale, anche se l'insorgenza della condizione invalidante sia indipendente dall'occupazione svolta.

La **L. 12 giugno 1984 n. 222** (Revisione della disciplina della invalidità pensionabile) regola la pensione di inabilità e l'assegno di invalidità erogati dall'*INPS*. La giurisprudenza ha chiarito che il requisito della inabilità richiesto ai fini della pensione contributiva è *diverso* da quello attinente all'invalidità civile e postula la permanente ed assoluta impossibilità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa intesa con riferimento a qualsiasi attività idonea ad assicurare al soggetto, in relazione al parametro di cui all'art. 36 Cost., una remunerazione sufficiente a garantire un'esistenza libera e dignitosa (Cass. 2 novembre 1994, n. 8981; Cass. 4 agosto 1994, n. 7222; Cass. 5 dicembre 1990, n. 11656).

Per i *dipendenti pubblici* la pensione di inabilità è prevista e disciplinata dalla L. 8 agosto 1995, n. 335.

L'invalidità da infortunio sul lavoro o malattia professionale La tutela dell'invalidità derivante da *infortuni sul lavoro* e da *malattie professionali* è, invece, gestita dall'*INAIL*, Istituto nazionale contro gli infortuni sul lavoro, ed è contenuta nel T.U.

delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (**D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124**) che, all'art. 2, delimita il campo della propria competenza a tutti i casi di infortunio avvenuti per *causa violenta in occasione di lavoro*, da cui sia derivata la morte o un'invalidità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'invalidità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni. Elemento differenziante è l'«occasione di lavoro» (oltre alla tutela della invalidità temporanea, che non è prevista nell'invalidità civile).

Anche la malattia professionale è un evento dannoso che agisce sulla capacità lavorativa ed è in diretta relazione con l'esercizio di determinate attività, ma, a differenza dell'infortunio sul lavoro, non è legata ad una causa violenta, bensì ad una *causa lenta e progressiva*.

In via generale, per i soggetti con *minorazioni dipendenti da causa di guerra, di servizio, di lavoro etc.*, se già indennizzate come tali, l'eventuale riconoscimento dell'invalidità civile e il cumulo dei benefici conseguenti alle due diverse normative è possibile solo in presenza di malattie o minorazioni diverse.

Se però le minorazioni di lavoro, di guerra etc. non hanno fatto conseguire un trattamento pensionistico, le stesse possono essere valutate ai fini dell'invalidità civile, osservate tutte le altre condizioni richieste, reddituali e di incompatibilità tra prestazioni, che le leggi prescrivono.

1.6 I destinatari

Requisiti fondamentali e comuni a tutti i tipi di prestazione per invalidità civile sono la **residenza** e la **cittadinanza**.

Nell'ordinamento italiano la disciplina della residenza è contenuta nel codice civile (artt. 43 ss.), nella L. n. 1228 del 24 dicembre 1954 e nel D.P.R. n. 223 del 30 maggio 1989.

Secondo il codice civile (art. 43, comma 2, c.c.), la **residenza** **Il requisito della residenza** è il luogo in cui la persona ha la dimora abituale, intendendosi per *dimora* il luogo in cui una persona abita.

Si può avere più di una residenza di fatto, ma per qualificare una abitazione come «dimora» è necessario un minimo di stabilità.

Nell'ambito del territorio italiano, la residenza può essere riferita ad *un solo luogo* ai fini legali, quali l'iscrizione alle liste elettorali, l'abitazione da dichiarare come prima casa, e di tutti gli altri benefici fiscali e legali cui hanno diritto i residenti in una determinata località. Un cittadino può avere residenza in uno o più Paesi, al di fuori dell'Italia.

Per gli stranieri *appartenenti all'Unione Europea* il diritto alla residenza è subordinato al riconoscimento del *diritto di soggiorno stabile* in uno degli Stati membri diverso da quello di cittadinanza. Le regole sono contenute nel D.Lgs. 6 febbraio 2007, n. 30, in attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al «Diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri».

Gli stranieri *non appartenenti all'Unione Europea* per ottenere la residenza devono essere provvisti di permesso di soggiorno.

La **cittadinanza italiana** è regolata dalla L. 5 febbraio 1992, n. 91, e successive modifiche e integrazioni. **Il requisito della cittadinanza italiana**

Hanno diritto alle prestazioni di invalidità civile, oltre ai cittadini **italiani**:

- i **cittadini dell'Unione Europea** che risiedono nel territorio italiano per motivi di lavoro dipendente o autonomo o che abbiano prestato lavoro in uno Stato membro (Circ. Min. interno n. 10/96);
- i **rifugiati stranieri** che abbiano ottenuto tale qualifica dalla competente commissione paritetica di eleggibilità;
- gli **apolidi**;
- i **cittadini della Repubblica di S. Marino**;

— i cittadini **non appartenenti all’U.E.** con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (permesso che, in base al D.Lgs. 8 gennaio 2007, n. 3 ha sostituito la carta di soggiorno).

Il titolo di soggiorno di lungo periodo viene concesso a chi possiede da almeno *cinque anni* un regolare *permesso di soggiorno* rilasciato in un Paese UE, abbia avuto una *permanenza legale ed ininterrotta* sul territorio per un periodo minimo di *cinque anni* ed abbia un *reddito non inferiore all’assegno sociale annuo*.

In precedenza, potevano avere diritto anche gli stranieri titolari di carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, nonché i minori iscritti nella loro carta di soggiorno o nel loro permesso di soggiorno. Successivamente, dal *1° gennaio 2001*, l’art. 80, comma 19, L. n. 388/2000 ha ammesso ai benefici i soli stranieri titolari di carta di soggiorno (in proposito si rinvia al Capitolo 3 dedicato alle prestazioni economiche).

1.7 Le provvidenze economiche

La pensione per i ciechi e i sordi

La **cecità** è stata la prima forma di invalidità civile ad essere tutelata attraverso la istituzione di una pensione — non reversibile — ad opera della L. 10 febbraio 1962, n. 66 e compiutamente regolamentata con la successiva L. 27 maggio 1970, n. 382, tuttora in vigore. Sempre nel corso del 1970, la L. 26 maggio 1970, n. 381 ha previsto la pensione a favore dei **sordomuti** (per effetto della L. 20 febbraio 2006, n. 95, il termine sordomuto è stato sostituito con l’espressione «sordo», in tutte le disposizioni di legge).

La sordocecità

Sulla base degli indirizzi contenuti nella dichiarazione scritta del Parlamento europeo del 12 aprile 2004, sui diritti delle persone sordocieche, il Parlamento italiano ha promulgato la **legge n. 107 del 24 giugno 2010**, con cui è stata riconosciuta la sordocecità come *disabilità specifica unica* dei soggetti disabili ai quali siano distintamente riconosciute le minorazioni di cecità e sordità.

Ne deriva il ricorso ad un’unica domanda, debitamente documentata circa la sussistenza di entrambe le patologie, che verranno accertate in una sola visita medica, evitando la penosità della soggezione ad un doppio iter burocratico e sanitario, come è avvenuto finora (msg. INPS 25 agosto 2010, n. 21724).

Le provvidenze per gli inabili e gli invalidi

Infine, con la legge n. 118 del 30 marzo 1971, si è realizzata la **disciplina organica delle provvidenze per gli invalidi civili in genere**, ferma restando la normativa peculiare per la cecità e il sordomutismo.

Pur con tutte le successive modifiche e integrazioni, la L. n. 118/71 rimane tuttora la principale norma di riferimento in tema di invalidità civile.

Essa prevede all’art. 12 una *pensione di inabilità* per gli **invalidi totali** e all’art. 13 un *assegno mensile di assistenza* per i soggetti che presentino una **invalidità parziale**, ma comunque superiore ad una soglia definita legislativamente, che attualmente è determinata nel 74%.

Entrambe le prestazioni spettano a condizione che non si superi un certo *limite di reddito*, diverso per ciascuna di esse.

Successivamente, la L. 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento ai cittadini totalmente inabili) ha istituito l'**indennità di accompagnamento** per i soggetti di qualunque età, non deambulanti senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o non autosufficienti e bisognosi di assistenza continua, purché non ricoverati in istituti a titolo gratuito. L'indennità non è subordinata a limiti di reddito.

La L. 11 ottobre 1990, n. 289 (Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla legge 21 novembre 1988 n. 508, recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti e istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi) all'art. 1 prevede che ai **mutilati ed invalidi civili minori di anni 18**, cui siano state riconosciute dalle competenti commissioni mediche difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età, nonché ai **minori ipoacusici** che presentino una perdita uditiva superiore a limiti prefissati, sia concessa, per il ricorso continuo o anche periodico a trattamenti riabilitativi o terapeutici a seguito della loro minorazione, a decorrere dal 1° settembre 1990 una **indennità mensile di frequenza** di importo pari all'assegno di cui all'art. 13 della L. 30 marzo 1971, n. 118 e alle stesse condizioni reddituali.

L'indennità mensile di frequenza è altresì concessa ai mutilati ed invalidi civili minori di anni 18 che frequentano scuole, pubbliche o private, di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, nonché centri di formazione o di addestramento professionale finalizzati al reinserimento sociale dei soggetti stessi.

Con la L. 8 novembre 2000, n. 328 il legislatore italiano ha codificato i **principi** e le **finalità** cui lo Stato deve ispirarsi in materia di assistenza pubblica. **Le prestazioni assistenziali ex art. 24 L. n. 328/2000**

Difatti l'**art. 1** recita: «La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivante da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione». In particolare il successivo **articolo 24** conferisce al Governo apposita *delega* per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo, nel rispetto del principio di separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale.

Più in particolare, cancellata la denominazione tradizionale di pensione e assegno, la legge introduce il **reddito minimo per la disabilità totale**, che ha la funzione di integrare la mancata produzione di reddito a seguito della minorazione totale, e il **reddito minimo per la disabilità parziale**, riservato alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica; tale ultima prestazione ha lo scopo

di favorire percorsi formativi nonché l'accesso ai contratti di formazione e lavoro e a borse di studio con la previsione di un utilizzo, anche temporaneo, della prestazione nella fase di avvio al lavoro da revocare al momento dell'inserimento definitivo nel mondo del lavoro.

Per l'accesso ai descritti emolumenti il Governo delegato deve fissare appositi requisiti psico-fisici e reddituali.

Per i soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia, totale non autosufficienza e non deambulazione, oggi coperti con l'*indennità di accompagnamento*, sono previste due nuove prestazioni, non cumulabili tra loro:

- **indennità per l'autonomia** di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;
- **indennità di cura e di assistenza** per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti.

La legge prevede, a differenza di quanto oggi accade, il riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati; una parte della prestazione sarà utilizzata come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita e una quota rimarrà a diretto beneficio dell'assistito.

L'art. 6 della L. 6 luglio 2002, n. 137 (Delega per il riordino di emolumenti di natura assistenziale) ha novellamente delegato il Governo ad adottare, entro trentasei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi, ai sensi dell'art. 24 della L. n. 328/2000, nonché per definire e classificare gli emolumenti riservati a soggetti affetti da minorazioni visive (L. n. 138/2001).

Al momento, tuttavia, la **delega è restata inattuata**.

1.8 I soggetti attivi

I soggetti attivi del procedimento di invalidità civile

Dal **1° gennaio 2010**, i soggetti attivi coinvolti nel procedimento per il riconoscimento della invalidità civile e la concessione dei relativi benefici economici, sono l'**INPS** e le **Regioni**.

L'attuale configurazione è il risultato di un lungo processo normativo, che ha visto il graduale passaggio da una *fase iniziale*, in cui la materia è stata di esclusiva pertinenza di realtà operanti specificamente in campo assistenziale, ad una *fase intermedia* caratterizzata dalla molteplicità di soggetti, sia statali (Ministeri dell'Interno e del Tesoro), che territoriali (Regioni, Comuni, ASL), fino all'*accentramento* ultimo in capo all'INPS di quasi tutto il procedimento, sia nella fase amministrativa che in quella giudiziaria.

Nei paragrafi che seguono verranno ripercorsi i momenti fondamentali dell'evoluzione normativa sino all'attuale assetto.

1.9 Segue: Dalla L. n. 118/71 fino all'ingresso dello Stato nella gestione dell'invalidità civile

La prima legge sulle prestazioni pensionistiche per gli invalidi civili, la L. n. 118/71, individua quali soggetti attivi, enti a dislocazione provinciale di nomina prefettizia, e precisamente le **Commissioni provinciali mediche**, per gli accertamenti sanitari, ed i **Comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica**, per la fase amministrativa. Le disposizioni finali (art. 34) della L. n. 118/71 avevano già prefigurato un futuro diverso assetto della materia qualora fossero state istituite le Regioni (ex art. 117 Cost.). In realtà, anche dopo la costituzione delle Regioni a statuto ordinario, il passaggio delle competenze a queste è avvenuto in modo lento e graduale.

Le CPM e i CPABP
ex L. n. 118/71

Infatti, inizialmente, lo **Stato** si è limitato a conferire solo le funzioni riguardanti l'assistenza caritativa e la beneficenza, riservandosi i compiti relativi all'*assistenza sociale* e alla *previdenza*.

Le funzioni dello Stato

Il D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, di attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382 (sul trasferimento di funzioni alle Regioni), sancisce (art. 22): «Le funzioni amministrative relative alla materia della *beneficenza pubblica* concernono tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale». L'art. 24 poi annovera tra le *competenze dello Stato* appunto «le pensioni e gli assegni di carattere continuativo disposti dalla legge in attuazione dell'articolo 38 della Costituzione...».

Ferma restando la competenza degli organi provinciali di cui si è detto, lo Stato, con la L. 22 dicembre 1984, n. 887 (art. 10), fa il suo *ingresso diretto nella gestione dell'invalidità civile*, con l'attribuzione al Ministero dell'Interno delle **verifiche** sulla permanenza dei requisiti richiesti per l'ottenimento dei benefici previsti.

Ministero dell'Interno

Si può rintracciare in questa normativa un primo intervento in direzione della *lotta ai falsi invalidi*, che si svilupperà notevolmente negli anni successivi ed è ancora in atto, ulteriormente potenziata.

Il D.L. 173 del 30 maggio 1988, convertito in legge n. 291 del 26 luglio 1988 (art. 3, comma 10), non solo trasferisce dal Ministero dell'Interno al Ministero del Tesoro il **compito delle verifiche**, ma attribuisce a quest'ultimo anche la competenza per la **ricezione delle domande di invalidità civile** e conseguenti **accertamenti sanitari di prima istanza** (art. 3, comma 1).

Ministero del Tesoro

A tale scopo il Ministero del Tesoro si avvale, in luogo delle Commissioni provinciali di nomina prefettizia, delle proprie esistenti Commissioni mediche per le pensioni di guerra (art. 105 D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915), che, in diversa composizione, nell'occasione assumono la nuova denominazione di **Commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile**,

disciplinate dal D.M. 20 luglio 1989, n. 292 per quanto riguarda composizione e funzionamento.

Con il D.L. del 25 novembre 1989, n. 382, convertito in L. 25 gennaio 1990, n. 8, tali Commissioni sono dichiarate competenti anche per gli *accertamenti sanitari di invalidità civile finalizzati a provvidenze diverse da quelle pensionistiche*.

Soggetti competenti per le verifiche L'iter per le verifiche successive alla concessione delle prestazioni, previste dall'art. 3 comma 10 della L. n. 291/88, è regolamentato dal D.M. 20 luglio 1989, n. 293, in base al quale, il Direttore generale delle pensioni di guerra e dei servizi vari dispone le verifiche e, per gli accertamenti sanitari, si avvale:

- o delle proprie **Commissioni mediche periferiche** per le pensioni di guerra e di invalidità civile;
- o della propria **Commissione medica superiore**, struttura centrale a lungo competente anche in materia di ricorsi;
- di **dipendenti funzionari del Ministero** per la verifica dei requisiti amministrativi.

1.10 Segue: Le Commissioni mediche ASL e di verifica

Commissioni mediche ASL L'assetto sin qui descritto è destinato di lì a poco a cambiare per effetto della **legge n. 295 del 15 ottobre 1990**, che (art. 1, commi 1 e 2) devolve alle istituende *Commissioni sanitarie presso le ASL* (già *USL* e dipendenti funzionalmente dalle Regioni) le *competenze relative agli accertamenti sanitari di prima istanza*, permanendo agli organismi provinciali i restanti compiti amministrativi.

Con lo stesso provvedimento si rafforzano le prerogative dello Stato, poiché, oltre a confermare in capo al Ministro del Tesoro la competenza in materia di verifiche successive alla concessione dei benefici economici (art. 1, comma 9), istituisce un **secondo grado di valutazione sanitaria**, prevedendo (art. 1, comma 7) che tutti i verbali delle Commissioni mediche ASL venissero preventivamente vagliati dalle Commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e d'invalidità civile dipendenti dal medesimo ministero.

Non si trattava di un visto formale, poiché le Commissioni di verifica, entro 60 giorni dal ricevimento del verbale, nei casi dubbi, potevano sospendere la procedura e sottoporre il richiedente a nuova visita medica direttamente o presso le Commissioni mediche ASL.

Commissioni mediche di verifica Il procedimento è stato perfezionato con il D.M. 5 agosto 1991, n. 387 che ha tra l'altro precisato (art. 3, comma 4) che le Commissioni mediche ASL dovessero inoltrare alle *Commissioni mediche di verifica* solo i verbali contenenti i presupposti per il riconoscimento dei benefici di invalidità civile.

Nella sostanza, questa procedura è stata confermata anche in sede di rielaborazione sistematica della materia avvenuta con il D.P.R. n. 698/94 e dopo il nuovo riordino delle competenze avvenuto con il D.Lgs. n. 112/98.

1.11 Segue: Dal principio di separazione delle fasi del procedimento al decentramento amministrativo

La L. 24 dicembre 1993, n. 537, preordinata ad un riassetto normativo della materia, stabilisce i principi da osservare in sede di attuazione, improntati alla semplificazione e razionalizzazione delle procedure e fissa, nell'ambito dell'*unico* procedimento amministrativo, il **principio della separazione della fase dell'accertamento sanitario dalla restante fase amministrativa** (art. 11, comma 1, lett. b).

Unicità e distinzioni in fasi del procedimento

Il successivo D.P.R. 21 settembre 1994, n. 698 di attuazione (da considerarsi ancora oggi, in parte, testo di riferimento) risulta connotato da un atteggiamento di netto *revirement* rispetto all'indirizzo di devoluzione in senso regionalistico della materia.

Arresto al processo di decentramento

Infatti, ai Comitati provinciali di assistenza e beneficenza, che avevano mantenuto le loro competenze fin dalla legge istitutiva (L. n. 118/71), dal **1° gennaio 1995**, subentrano con gli stessi compiti le **Prefetture**.

Quindi è ancora lo Stato che amplia la sua sfera di intervento, poiché alla fase del primo riconoscimento sanitario, attuato con il vaglio dei verbali delle Commissioni ASL ad opera delle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e d'invalidità civile, si aggiunge la *presenza diretta delle Prefetture nel momento della concessione*; rimane confermata la *competenza del Ministero del Tesoro per le verifiche nei confronti dei soggetti già titolari di prestazioni economiche*.

Sia le *Commissioni mediche periferiche* (che in seguito assumeranno la denominazione definitiva di Commissioni mediche di verifica ex art. 5 D.Lgs. n. 278/98), sia quella centrale, la *Commissione medica superiore*, sono state poi rimodulate con D.M. 3 febbraio 2005, emanato in attuazione dell'art. 42, comma 8, D.L. n. 269/2003, conv. in L. n. 326/2003.

La loro attività si è prolungata fino al 31 marzo 2007 ed è stata interessata da vari interventi normativi, in particolare in tema di verifiche successive. Significative sono la legge 8 agosto 1996, n. 425, che è la prima a progettare un *piano straordinario di verifiche*, e soprattutto la legge 23 dicembre 1996, n. 662, che introduce il *regime delle autocertificazioni*, che impone, in sostanza, la collaborazione degli stessi beneficiari delle prestazioni, richiedendo agli stessi di dichiarare la permanenza o meno delle condizioni richieste per poter continuare a fruire delle prestazioni, riservandosi lo Stato il controllo successivo delle dichiarazioni o delle posizioni dei soggetti che non le avessero inoltrate.

Anche tale assetto è destinato però a modificarsi.

Infatti, al fine di una maggiore estensione del decentramento amministrativo a livello regionale e di enti territoriali minori, viene emanata la legge 15 marzo 1997, n. 59, il cui principio basilare risiede nel **trasferimento alle Regioni di tutti i compiti amministrativi ad esclusione di quelli espressamente riservati allo Stato**.

Verso il decentramento amministrativo

La predetta legge si inserisce nel solco del trattato di Maastricht sull'Unione Europea del 7 febbraio 1992 che aveva affermato il *principio di sussidiarietà*, in base al quale i compiti di gestione amministrativa della cosa pubblica devono essere affidati alla struttura più vicina alla cittadinanza.

Il D.Lgs. n. 112/98

Nello specifico campo della invalidità civile l'applicazione dei principi suddetti è contenuta nel **D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112** (di attuazione della L. n. 59/97), in particolare negli articoli 128, 129, 130 e 132, con cui *si modifica ancora una volta il quadro delle competenze*, rimanendo ferma l'attribuzione alle *Commissioni mediche presso le ASL degli accertamenti sanitari* (frattanto estesi anche al riconoscimento delle condizioni di handicap, ai sensi della L. n. 104/92).

L'**art. 128** definisce la materia dei *servizi sociali*, facendovi rientrare «tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

Nel successivo **art. 129** sono elencate le *competenze riservate allo Stato* e tra queste, la lettera n), conserva allo Stato le funzioni di «revisione delle pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili e la verifica dei requisiti sanitari che hanno dato luogo a benefici economici di invalidità civile».

È da notare che anche in questa occasione lo Stato si è riservato la materia previdenziale e la funzione di verifica delle prestazioni assistenziali dopo la concessione.

Maggiore attenzione va tuttavia riservata all'**art. 130** (comma 2) che realizza un ulteriore passo avanti nell'attuazione del decentramento in senso regionalistico.

La norma infatti stabilisce che le Regioni subentrano alle Prefetture nella fase della *concessione delle prestazioni*: l'ente locale territoriale, dunque, prende il posto dell'ente statale.

Ai sensi del comma 1 del successivo **art. 132**, le Regioni possono conferire ai Comuni e agli altri enti locali le funzioni e i compiti amministrativi concernenti, tra l'altro, i servizi sociali relativi agli invalidi civili.

Ma la novità del D.Lgs. n. 112/98, introdotta dal comma 1 del medesimo art. 130, destinata a segnare lo sviluppo successivo della normativa in materia, è l'**ingresso dell'INPS** nel procedimento sulla invalidità civile, con l'attribuzione all'ente, fino ad allora totalmente estraneo a tutta la materia, della **fase della erogazione delle provvidenze economiche** (oltre alla competenza in materia di *ricorsi amministrativi* attribuita al Comitato provinciale INPS e alla *legittimazione passiva* nei procedimenti giurisdizionali ed esecutivi, relativi alla concessione delle prestazioni e dei servizi, ad esclusione di quelli concernenti i provvedimenti di revoca per i quali la legittimazione passiva rimarrà in capo al Ministero dell'Economia e delle Finanze, come sancito dalla L. n. 448/98, art. 37).

I soggetti del procedimento

Da questo momento risultano **tre** le fasi del procedimento, ciascuna assegnata a soggetti diversi: le **Commissioni mediche ASL** per gli *accertamenti sanitari*, le **Regioni** o enti da esse delegati, per la *concessione*, e l'**INPS** per la *erogazione* del beneficio economico, con notevoli problematiche in tema di legittimazione passiva (su cui v. il Capitolo dedicato al con-

tenzioso); al di fuori, per il momento, rimane la competenza dello Stato – Ministero del Tesoro – limitatamente alla verifica delle prestazioni già concesse.

Sulle prerogative in capo agli enti territoriali sembra opportuno accennare anche alla riscrittura della Costituzione, intervenuta poco dopo il D.Lgs. n. 112/98.

Con la **legge di riforma costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001** La L. cost. n. 3/2001 è stata ribaltata l'elencazione degli enti territoriali contenuta nell'art. 114 Cost.: viene, infatti, indicato, al *primo posto*, il *Comune*, in quanto *ente territoriale più vicino al cittadino*, a cui seguono la Provincia e la Regione. L'autonomia di cui godono gli enti territoriali nella nuova configurazione è piena, incontrando il solo *limite* dei principi costituzionali.

L'**art. 118 Cost.**, così come riformato, attribuisce ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative, salvo i casi in cui sia necessaria una diversa attribuzione per assicurare l'esercizio unitario della funzione, nel rispetto comunque dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza.

Il novellato **art. 117 Cost.** ha innovato totalmente nel campo della *potestà legislativa*, che adesso spetta tanto allo Stato quanto alle *Regioni*: queste ultime hanno *potestà esclusiva in ogni materia non espressamente riservata alla legislazione statale e non rientrante nella c.d. competenza concorrente*.

Tra le materie riservate alla competenza esclusiva dello Stato ex art. 117, comma 2, la lett. *m*) include la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», nei quali rientrano le prestazioni assistenziali per invalidità civile.

Concretamente le Regioni hanno iniziato ad esercitare le proprie **Le Regioni** funzioni solo dal *1° gennaio 2001*, a seguito del D.P.C.M. 26 maggio 2000, che ha disciplinato il trasferimento ad esse delle risorse umane, finanziarie, strumentali e organizzative.

Inoltre, la L. 23 dicembre 2000, n. 388 (art. 80, comma 8) ha dato possibilità alle Regioni di delegare anche all'INPS, con apposite **convenzioni**, l'esercizio della fase concessiva, e non solo delle prestazioni a carico dello Stato, ma anche delle eventuali prestazioni aggiuntive disposte direttamente dalle Regioni stesse, con conseguente ovvia assegnazione delle necessarie risorse umane e strumentali.

In conseguenza dell'attuazione delle varie disposizioni intervenute, nonché dell'esercizio delle varie forme di delega consentite, dal 1° gennaio 2001 il quadro dei **soggetti competenti per la fase di concessione** si presentava notevolmente frastagliato e *diversificato da Regione a Regione*: difatti alcune Regioni hanno preferito esercitare direttamente la funzione di cui trattasi, altre l'hanno delegata ai Comuni, alle Province o alle ASL o stipulato convenzioni con l'INPS.

1.12 Segue: Gli ultimi interventi normativi fino alla gestione attuale dell'invalidità civile

Dal MEF all'INPS

In virtù dell'art. 42, comma 9, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito in L. 24 novembre 2003, n. 326, ogni residua competenza ancora in capo al Ministero dell'Interno passa al **Ministero dell'Economia e delle Finanze** (denominazione assunta dal Ministero del Tesoro con D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 300).

Due anni dopo tutte le competenze residue allo Stato in materia di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità cambiano ancora titolare, perché vengono trasferite all'**INPS** dal D.L. 30 settembre 2005, n. 203, convertito in L. 2 dicembre 2005, n. 248 (art. 10, comma 1).

Il passaggio effettivo delle funzioni decorre dal 1° aprile 2007, come stabilito dal D.P.C.M. 30 marzo 2007 di attuazione.

Le competenze dell'INPS

Di fatto, con il D.L. 203/2005 le funzioni dell'INPS si sono estese a materie nuove, in quanto, oltre ad abbracciare quasi tutto il procedimento riguardante l'invalidità civile, rimanendo esclusa, in un primo momento, la fase della concessione delle prestazioni, di cui sono ancora titolari le Regioni (o gli enti da esse delegati), per la prima volta sono sottoposti al vaglio di organi INPS – Commissioni di verifica e Commissione medica superiore – i verbali delle ASL relativi ad *accertamenti per handicap* (L. n. 104/92) e per il *riconoscimento della disabilità ai fini del collocamento mirato* (L. n. 68/99).

Anche i *piani straordinari di verifica* delle prestazioni concesse sono di competenza dell'INPS, a partire dall'art. 80 D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito in L. 6 agosto 2008, n. 133, relativamente all'anno 2009, proseguendo con la L. 23 dicembre 2009, n. 191 (art. 1, comma 159) che ha esteso tali accertamenti anche a parte dell'anno 2010, per finire con l'art. 10 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito in L. 30 luglio 2010, n. 122, che ha programmato un ulteriore numero di verifiche straordinarie per gli anni 2010, 2011 e 2012.

Il processo di **accentramento** all'INPS si è infine compiuto, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 20, comma 4, D.L. 1 luglio 2009, n. 78, convertito in L. 3 agosto 2009, n. 102, che ha disegnato una *architettura totalmente nuova dell'intero sistema*, imperniata sull'ente previdenziale come *fulcro* dell'intero iter, sin dalla gestione delle domande per il riconoscimento della invalidità civile (come si vedrà dettagliatamente nel Capitolo 4 sul procedimento).

Il sistema attuale dell'invalidità civile si può così riassumere:

- competenza dell'**INPS** per la *ricezione delle domande* e dei *certificati medici*;
- integrazione delle **commissioni mediche ASL con un medico INPS**;
- attribuzione all'INPS del **giudizio definitivo** sugli accertamenti sanitari;
- designazione dell'INPS quale **unico soggetto legittimato passivo** in giudizio;

— affidamento all'INPS, già ente **erogatore della prestazione**, anche della **funzione concessiva**, attraverso un meccanismo che prevede anzitutto uno schema di *accordo quadro* tra Ministero del Lavoro e Conferenza Stato, Regioni e Province autonome (l'accordo quadro è stato stipulato in data 29 aprile 2009), cui uniformare in ogni Regione le convenzioni da stipulare tra la singola Regione e l'INPS.

In conclusione, per effetto delle modificazioni introdotte dal D.L. n. 78/2009, che, tra l'altro, hanno comportato la *scomparsa dalla scena di tutti gli organi non riferibili all'INPS*, è ragionevole ritenere concluso il processo di razionalizzazione auspicato sin dall'entrata in vigore dell'art. 11, comma 1, della L. n. 537/93.