



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Tribunale di Santa Maria Capua Vetere
Sezione Lavoro e Previdenza**

Il Tribunale, nella persona del giudice designato dott.ssa Federica Ronsini, alla udienza del 04/11/2019, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa di previdenza iscritta al **N. 9598 /2018 R.G.** promossa da:

CARMELA CAIRO, nata a Santa Maria Capua Vetere, il 13/01/1931, rappresentata e difesa dall'Avv. Vera STICCO, presso il quale elettivamente domicilia in via R. D'Angiò n. 61, Santa Maria Capua Vetere, come da procura in atti,

RICORRENTE

CONTRO

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE (INPS), in persona del Presidente/legale rappresentante *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, alla via Ciriaco De Mita n. 21 e, agli effetti della presente procedura, per elezione in Caserta, alla via Arena, loc. San Benedetto, rappresentato e difeso dall'Avv. Luca CUZZUPOLI, come da procura in atti

RESISTENTE

Oggetto: indennità di accompagnamento su verbale provvisorio Commissioni ASL

Conclusioni delle parti: come da rispettivi atti introduttivi e da verbale dell'odierna udienza.

Motivi in fatto

Con ricorso depositato il 9 novembre 2018 l'odierna ricorrente deduceva quanto segue a fondamento delle proprie prospettazioni.

Che aveva presentato in data 3 febbraio 2012 domanda per l'accertamento dell'invalidità civile ai sensi dell'articolo 20 Legge 102/2009 e *che* l'INPS in data 18 aprile 2013 la aveva sottoposta a visita, a seguito della quale era formulato verbale non definitivo con cui veniva riconosciuta *invalida ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua con decorrenza dal 3 febbraio 2012*.

Che, tuttavia, restava in attesa di essere convocata al fine di ottenere il verbale definitivo, ma *che* soltanto in data 29 giugno 2018 l'INPS comunicava l'esito della visita,

confermandole l'indennità di accompagnamento con una data di decorrenza diversa e cioè dal primo dicembre 2017.

Per tali ragioni, adiva l'intestato Tribunale al fine di sentirsi riconoscere il diritto a beneficiare della provvidenza sin dalla data della domanda amministrativa ed ottenere per l'effetto la conseguente condanna dell'INPS al pagamento delle mensilità non versate da febbraio 2012 a novembre 2017, per un totale di euro 35.564,67 oltre a interessi legali e rivalutazione monetaria dal giorno della maturazione sino a quello dell'effettivo soddisfo.

Ritualmente instaurato il contraddittorio, si costituiva in giudizio l'INPS, per contestare tutte le avverse prospettazioni e chiedere con svariati argomenti il rigetto della domanda, in quanto infondata in fatto e in diritto, con condanna alle spese della ricorrente ex art. 96 c.p.c.

Acquisiti agli atti i documenti offerti in comunicazione, non essendo necessaria alcuna attività istruttoria, all'odierna udienza, all'esito della camera di consiglio, la causa è decisa mediante lettura e pubblicazione del dispositivo e delle contestuali motivazioni.

La domanda è infondata e non merita accoglimento per le seguenti ragioni.

Motivi in diritto

Ai fini della decisione della presente controversia, giova ripercorrere la normativa che disciplina l'iter amministrativo-sanitario per il riconoscimento delle provvidenze assistenziali e le successive modifiche ed integrazioni.

La Legge 3 agosto 2009, n. 102 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali”*, Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 179 del 4 agosto 2009, all'articolo 20, ha fissato nuovi criteri e competenze nei procedimenti di accertamento delle minorazioni civili.

Dal primo gennaio 2010 la domanda di accertamento di invalidità, handicap e disabilità si presenta all'INPS e non più alle Aziende USL (oggi ASL). Le competenti Commissioni ASL sono integrate da un medico INPS, in ossequio al comma tre del citato articolo, che recita:

“A decorrere dal 1° gennaio 2010 le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, secondo modalità stabilite dall'ente medesimo. L'Istituto trasmette, in tempo reale e in via telematica, le domande alle Aziende Sanitarie Locali”.

Queste disposizioni normative sono state rese operative dall'INPS e disciplinate dalla Circolare 28 dicembre 2009, n. 131.

Alla luce della riforma, dunque, la Commissione ASL è una Commissione Medica Integrata: è composta da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in

medicina del lavoro e dal 1° gennaio 2010 da un medico INPS quale componente effettivo.

Alla Commissione partecipa, inoltre, un sanitario in rappresentanza dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC).

Essa assegna i punteggi alle patologie del richiedente, come fissati per legge nelle tabelle dell'invalidità civile (Decreto Ministero della Sanità del 5 Febbraio '92) e che vanno a costituire, attraverso uno specifico calcolo, la percentuale finale di invalidità riconosciuta.

Al termine della visita viene redatto il verbale elettronico, riportando l'esito, i codici nosologici internazionali (ICD-9) e l'eventuale indicazione di patologie (Decreto 2 agosto 2007) che comportano l'esclusione di successive visite di revisione o l'eventuale necessità di sottoporsi a visita di revisione successivamente; tale verbale viene poi inviato all'INPS.

La Circolare 131/2009, con il fine precipuo che la nuova composizione delle Commissioni ASL (integrate con un medico INPS) generasse un vantaggio in termini di tempi oltre che risparmi di gestione, ha previsto due possibili esiti.

Se il verbale provvisorio viene approvato all'unanimità, in questo caso esso viene validato dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS e viene considerato definitivo e spedito all'interessato da parte dell'INPS stesso. Se esso dà diritto a prestazioni economiche, viene attivata la procedura amministrativa per la relativa concessione ed erogazione e quindi inviato anche all'ente concessore e "messo in lavorazione": alla persona riconosciuta invalida è richiesto di inserire i dati necessari online (ad esempio reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie) per l'accertamento dei requisiti socio-economici.

Se al termine della visita di accertamento, invece, il parere non è unanime, l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti che vengono esaminati dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Quest'ultimo può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere ad una nuova visita da fissare entro 20 giorni. La visita in questo caso verrà effettuata oltre che da un medico INPS (diverso da quello presente in Commissione ASL), da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS) e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale (per le certificazioni relative alla Legge 104/1992 e 68/1999). La Commissione può anche avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione.

Il verbale definitivo viene inviato in duplice copia – una completa di tutte le specifiche valutazioni e l'altra contenente il solo giudizio finale – alla persona entro 120 giorni (4 mesi) dalla data della visita, da parte dell'INPS tramite raccomandata A/R ed eventualmente anche tramite posta PEC.

Questo regime avrebbe dovuto consentire, per come articolato, di circoscrivere le visite dirette ai soli casi dubbi e su cui non vi era accordo di tutti i medici, consentendo comunque un ampio ricorso alla valutazione sugli atti.

Tuttavia, a circa un anno di distanza da tali innovazioni normative, l'INPS ha dovuto prendere atto di un malfunzionamento del sistema, addebitabile alla circostanza che in molte Commissioni ASL il medico INPS non era ancora presente e che la documentazione sanitaria completa non veniva prontamente trasmessa all'Ente, e ha corretto il tiro con una Comunicazione del 20 settembre 2010 del Direttore Generale ai tutti i Dirigenti regionali INPS, a tenore della quale *“si rende indispensabile potenziare (...) il ricorso all'accertamento sanitario diretto sulla persona con l'obiettivo di verificare la sussistenza ovvero la permanenza dei requisiti sanitari (...)”* con il dichiarato intento di rendere *“definitivo il giudizio medico legale dei sanitari INPS ed evitare futuri disagi al cittadino conseguenti a successive verifiche sanitarie straordinarie”*.

Le stesse *“Linee Guida”*, allegate alla nota del Direttore Generale (paragrafo *“Visita diretta”*), sottolineano *“che l'accertamento sanitario diretto è da ritenersi prioritario al fine di garantire la massima coerenza metodologica e la trasparenza dell'iter valutativo e del conseguente giudizio medico-legale. Ciò soprattutto nei casi in cui si evidenzia una severa minorazione dell'integrità psico-fisica da cui derivano benefici assistenziali”*.

In conseguenza dei mentovati “aggiustamenti”, dunque, il cittadino che chiede l'accertamento (primo accertamento o revisione o accertamento al 18esimo anno di età) può ricevere una valutazione non unanime ma a maggioranza da parte della Commissione oppure unanime (incluso il medico INPS, quindi).

Nel primo caso, già la Circolare 131/2009 prevedeva una valutazione sugli atti o con visita diretta presso la Commissione INPS. Ora, il Direttore Generale suggerisce il ricorso prioritario alla visita diretta.

Ma il ricorso alla visita diretta è prioritario – secondo INPS - anche nel caso in cui il giudizio della Commissione ASL (integrata con il medico INPS) sia stato unanime, soprattutto nei casi in cui siano previsti benefici assistenziali (cioè, in particolare, pensioni, assegni, indennità).

Orbene, il quadro normativo così ricostruito, rende di palese evidenza che subito dopo la visita la commissione ASL può rilasciare un verbale di accertamento della sussistenza del requisito sanitario, ma che tale certificazione ha natura “provvisoria”: tale aggettivo qualificativo non lascia spazio a interpretazione, in l'aggettivo qualificativo adoperato recando in sé il concetto della temporaneità e non permanenza dell'effetto.

Di fatti, tale verbale è sì provvisto di efficacia immediata ai fini del godimento dei benefici connessi allo stato di invalidità e di *handicap*, ma è comunque subordinato ad “approvazione” definitiva del centro medico legale INPS territorialmente competente, il quale può anche sospendere gli effetti e decidere di convocare a visita l'interessato (Art. 20 della L. 102/09). È indubbio che nel caso di specie il verbale provvisorio della odierna ricorrente, inviato all'INPS, sia stato “sospeso” dalla Commissione INPS in attesa di ulteriori accertamenti, come la normativa prevede, secondo quanto poc'anzi spiegato; tant'è che la richiedente è stata chiamata affinché si sottoponesse a visita diretta. In quella sede, l'INPS ha legittimamente esercitato la propria prerogativa di procedere ad un nuovo accertamento del requisito sanitario, stavolta definitivo, cioè idoneo a cristallizzare definitivamente la situazione e ad assorbire e travolgere quanto già statuito dalla ASL. Di talché la sig.ra Cairo non poteva fare legittimo affidamento su

quanto comunicatole all'esito della visita, poiché nessuna situazione soggettiva attiva di sorta in quel momento era maturata nella sua sfera giuridica.

Expressis verbis, difatti, il comma primo dell'art. 20 citato sottolinea – come correttamente evidenziato da controparte - che “*A decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo.* **In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS]**”.

Semmai la ricorrente si sarebbe potuta dolere dell'ingiustificato ritardo tra la visita presso la ASL (risalente al 2012) e quella in cui è stata richiamata a visita innanzi alla Commissione INPS (avvenuta solo nel giugno 2018!) a fronte di una normativa che prevede che nei casi in cui si ritenga opportuno riconvocare a visita il richiedente, la nuova visita debba essere fissata nel termine di 20 giorni (!). Tuttavia, nulla è allegato sul punto in ricorso, né viene reso oggetto di specifica doglianza, con la conseguenza che tale aspetto esula dal *thema decidendum* odierno.

Tali i motivi della decisione, le spese di lite vengono integralmente compensate tra le parti ai sensi dell'art.92, co. II, c.p.c. come risultante a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 13 del D.L. 12 settembre 2014, n. 132 come modificato dalla legge di conversione 10 novembre 2014, n. 162, per la novità della questione trattata e per “*altre analoghe gravi ed eccezionali ragioni*”, secondo quanto stabilito nella sentenza n. 77 depositata il 19 aprile 2018, con cui la Consulta ha ampliato i casi in cui il giudice civile può stabilire la compensazione delle spese di lite, avuto riguardo al cospicuo ritardo con cui l'Ente ha chiamato a visita la ricorrente.

P. Q. M.

Il Giudice Unico del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, in funzione di Giudice del Lavoro, ogni altra istanza ed eccezione disattesa, definitivamente pronunciando così provvede:

- rigetta la domanda;
- compensa integralmente le spese di lite tra le parti.

Così deciso in Santa Maria Capua Vetere, lì 4 novembre 2019.

IL GIUDICE DEL LAVORO
dott.ssa *Federica Ronsini*