

Inps, Circolare 28 dicembre 2009, n. 131

OGGETTO: Art. 20 del D.L. n. 78/2009 convertito con modificazioni nella Legge 102 del 3 agosto 2009 – Nuovo processo dell'Invalidità Civile – Aspetti organizzativi e prime istruzioni operative. Istruzioni contabili. Variazioni al piano dei conti

SOMMARIO: Con l'articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni nella legge 3 agosto 2009, n. 102 (allegato 1), il legislatore ha introdotto importanti innovazioni nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, con l'obiettivo di realizzare la gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie finalizzata ad una generale contrazione dei tempi di attraversamento del processo di erogazione delle prestazioni.

Con la presente circolare, viene illustrato il flusso organizzativo e procedurale di attuazione dei principi contenuti nel disposto normativo del suddetto articolo 20, oggetto della determinazione commissariale n. 189 del 20/10/2009 su "Il nuovo processo dell' Invalidità Civile alla luce dell'art. 20 del D.L. n.78/2009 convertito nella Legge 102 del 3 agosto 2009. Gli aspetti organizzativi e procedurali del nuovo sistema".

PREMESSA

1. *Effetti della nuova disciplina e nuovi compiti dell'istituto*
2. *Il Nuovo processo dell' Invalidità Civile*
3. *Descrizione dell'iter procedurale*
 - 3.1 *Compilazione telematica del certificato medico*
 - 3.2 *Compilazione della domanda, inoltrato all'Inps e ricevuta*
 - 3.3 *La convocazione a visita*
4. *Le Commissioni Mediche Integrate*
5. *Gestione calendario visite*
6. *La visita medica da parte della Commissione Medica Integrata*
7. *L'esito della visita medica*
 - A. *Giudizio medico-legale espresso all'unanimità dei componenti della Commissione*
 - B. *Giudizio medico-legale espresso a maggioranza dei componenti della Commissione*
8. *Commissione Medica Superiore*
9. *Trasmissione del verbale*
10. *Verifica straordinaria della permanenza dello stato invalidante di cui all'articolo 20 comma 2 della legge 102/2009*
11. *Sinergie INPS-REGIONI*
12. *Convenzionamento medici esterni*
13. *Monitoraggio*
14. *Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009 alle ASL e delle visite mediche di revisione*
 - 14.1 *Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009*
 - 14.2 *Visite mediche di revisione*
15. *Contenzioso Giudiziario*
16. *Istruzioni contabili*

PREMESSA

Con l'articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni nella legge 3 agosto 2009, n. 102 (allegato 1), il legislatore ha introdotto importanti innovazioni nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e

disabilità, con l'obiettivo di realizzare la gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie finalizzata ad una generale contrazione dei tempi di attraversamento del processo di erogazione delle prestazioni.

In attuazione dei principi contenuti nel disposto normativo del suddetto articolo 20 del DL n. 78/2009, il Commissario Straordinario dell'Istituto ha assunto lo scorso 20 ottobre la determinazione n. 189 su "Il nuovo processo dell'Invalidità Civile alla luce dell'art. 20 del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge 102 del 3 agosto 2009. Gli aspetti organizzativi e procedurali del nuovo sistema".

Il nuovo flusso organizzativo e procedurale, illustrato nella presente circolare, è ispirato ai seguenti principi:

- trasparenza del procedimento;
- realizzazione di un sistema di presentazione, gestione, trattamento e archiviazione elettronica delle domande;
- rilascio sul sito internet dell'Istituto dell'applicativo per la presentazione delle domande, per la gestione degli appuntamenti e per la stesura del verbale di visita da parte delle Commissioni Mediche delle ASL;
- archiviazione elettronica di tutti gli atti e degli esiti delle fasi procedurali registrati informaticamente;
- tempestiva disponibilità degli atti, grazie all'utilizzo della sola modalità telematica per la presentazione e gestione, da parte delle funzioni amministrative, sanitarie e legali ai fini dell'erogazione delle prestazioni e della eventuale difesa in giudizio.

L'applicativo gestionale conterrà i modelli in formato elettronico che saranno utilizzati per la presentazione delle domande, la compilazione dei certificati, la redazione dei verbali sanitari.

1. Effetti della nuova disciplina e nuovi compiti dell'istituto

Per le domande presentate a decorrere dal 1° gennaio 2010, il processo dell'invalidità civile sarà caratterizzato dai seguenti elementi di novità:

1. La "certificazione medica" è compilata on line dal medico certificatore, di fatto attivando l'input per una nuova domanda di riconoscimento dello stato invalidante.
2. La "domanda" è compilata on line e deve essere abbinata al certificato medico precedentemente acquisito.
3. Completato l'abbinamento informatico tra certificato medico e domanda, il sistema consente l'inoltro della domanda all'INPS attraverso Internet. Il medesimo sistema fornisce dapprima l'avviso di avvenuta ricezione, successivamente gli estremi del protocollo informatico e, eventualmente, i riferimenti della convocazione a visita (luogo, data e orario).
4. In fase di accertamento sanitario, le Commissioni ASL sono integrate da un medico dell'INPS.
5. I verbali sanitari sono redatti in formato elettronico, a disposizione degli uffici amministrativi per la parte inerente i loro specifici adempimenti. La trasmissione e la condivisione degli atti tra uffici diversi è garantita dall'applicativo gestionale, che governa in modalità integrata l'intero processo.
6. Gli accertamenti sanitari conclusi con giudizio unanime dalla Commissione Medica, previa validazione da parte del Responsabile del CML territorialmente competente, allorché comportino il riconoscimento di una prestazione economica, danno luogo all'immediata verifica dei requisiti socio economici, al fine di contenere al massimo i tempi di concessione.
7. Gli accertamenti sanitari conclusi con giudizio a maggioranza dalla Commissione Medica, comportano la sospensione della procedura, l'esame della documentazione sanitaria in atti e l'eventuale disposizione di una nuova visita. In tali circostanze, sarà cura del medico INPS della Commissione Medica ASL predisporre le azioni necessarie per il recupero dei pertinenti fascicoli contenenti la documentazione sanitaria. In ogni caso, la razionalizzazione del flusso procedurale tende a contenere i tempi dell'eventuale concessione entro il tempo soglia di 120 giorni dalla data di presentazione della domanda.

8. Per ogni verbale chiuso definitivamente viene creato un fascicolo sanitario elettronico
9. La Commissione Medica Superiore effettua il monitoraggio complessivo dei verbali e ha, comunque, facoltà di estrarre posizioni da sottoporre a ulteriori accertamenti (sia agli atti, sia con disposizione di nuova visita) anche successivamente all'invio del verbale al cittadino.
10. L'Istituto diventa unico legittimato passivo nell'ambito del contenzioso giudiziario. Al riguardo si richiamano tutte le disposizioni già impartite con la circolare n. 93 del 20 luglio 2009, avente ad oggetto "Controversie in materia di invalidità civile – articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, numero 78, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 1 luglio 2009".

2. Il Nuovo processo dell' Invalidità Civile

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, corredate di certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, dovranno essere inoltrate all'INPS esclusivamente per via telematica.

A tal fine è stata realizzata un'applicazione ("Invalidità Civile 2010" - InvCiv2010), disponibile sul sito internet dell'Istituto (www.inps.it). L'accesso all'applicazione è consentito solo agli utenti muniti di PIN (Personal Identification Number), le cui modalità di assegnazione sono descritte nello stesso sito dell'Inps e, di seguito, riepilogate:

Modalità di assegnazione del codice di identificazione personale (PIN)

Per il medico certificatore:

- scaricare e stampare il modulo di richiesta del PIN disponibile sul sito INPS e presso le sedi dell'Istituto;
- recarsi personalmente presso una qualunque Agenzia dell'Inps, munito di un documento d'identità;
- consegnare il modulo di richiesta del PIN, debitamente compilato e sottoscritto, che verrà conservato agli atti della sede;

L'operatore INPS provvederà alla registrazione dei dati anagrafici ed all'attribuzione di un codice PIN iniziale di accesso, che consegnerà in busta chiusa numerata al medico.

Al primo accesso, il medico dovrà modificare il PIN iniziale seguendo la procedura guidata.

Per le successive eventuali comunicazioni con l'Istituto, il medico fornirà l'indirizzo della sua casella PEC (Posta Elettronica Certificata), prevista dalla Legge 28 gennaio 2009, n. 2.

L'elenco dei medici certificatori accreditati in possesso del PIN sarà pubblicato sul sito internet dell'Istituto. Sull'argomento si vedano anche i messaggi n. 29389 del 16/12/09 e n. 029596 del 18/12/2009.

Per il cittadino

- inoltrare la richiesta direttamente dal sito dell'Inps, sezione dei Servizi on line (inserendo i dati richiesti saranno visualizzati i primo otto caratteri del PIN; la seconda parte del codice sarà successivamente recapitata per posta ordinaria);
- in alternativa, tramite il Contact Center INPS (803164).

I cittadini ancora non censiti in ARCA, ai quali non può essere rilasciato il PIN attraverso le modalità sopradescritte, devono richiederlo direttamente agli uffici INPS, esibendo un documento d'identità valido e il codice fiscale/tessera sanitaria.

Per i minori non ancora in possesso del documento d'identità è sufficiente esibire il codice fiscale o la tessera sanitaria.

I soggetti interessati all'utilizzo della procedura InvCiv2010, con diversi livelli di autorizzazione all'accesso, sono i seguenti:

- i cittadini richiedenti e/o i soggetti da questi autorizzati;
- i medici certificatori;

- gli Enti di patronato;
- le Associazioni di categoria dei disabili ;
- i Presidenti delle commissioni mediche ASL ed il personale amministrativo delle ASL specificatamente individuato dai Responsabili delle ASL;
- i medici dei CML dell'INPS;
- i dirigenti delle sedi INPS;
- i dipendenti delle unità organizzative INPS interessate dalle attività di connesse all'invalidità civile.

3. Descrizione dell'iter procedurale

3.1 Compilazione telematica del certificato medico

Il cittadino che intende presentare domanda per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap, deve recarsi presso un medico abilitato alla compilazione telematica del certificato medico introduttivo che attesti le infermità invalidanti.

Nel caso di sola domanda di collocamento mirato ex lege 68/99, non è richiesto il certificato medico di cui al punto precedente, in quanto la domanda può essere presentata esclusivamente da cittadini ai quali la condizione di invalidità è già stata riconosciuta con una percentuale superiore al 45%, ovvero sia stata riconosciuta la condizione di cieco civile o sordi.

Il verbale dell'avvenuto riconoscimento dovrà essere esibito dal cittadino all'atto della visita da parte della Commissione medica integrata.

La trasmissione on line dei certificati medici è consentita solo ai medici abilitati, al termine di un procedimento di autenticazione basato sul codice fiscale e sul codice di identificazione personale (PIN) attribuito dall'Inps (v. sopra, punto 2).

I dati necessari per la completezza del certificato medico sono i seguenti:

- dati anagrafici del cittadino, completi di codice fiscale e di numero della tessera sanitaria;
- dati clinici (anamnesi, obiettività)
- diagnosi, con codifica ICD-9;
- indicazione dell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o della impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua (in caso di richiesta di indennità di accompagnamento);
- indicazione di eventuali patologie oncologiche in atto (al fine di fruire delle previsioni della legge n. 80/2006);
- indicazione di eventuali patologie gravi previste nell'allegato al DM 2.8.2007 (al fine di contenere i tempi di convocazione entro 15 giorni);
- indicazione della finalità del certificato (per invalidità civile / cecità / sordità / handicap - Legge 104/92 / disabilità – Legge 68/99).

Completata l'acquisizione del certificato medico introduttivo, la procedura genera una ricevuta che il medico stesso provvede a stampare e consegnare al richiedente.

La ricevuta reca anche il numero di certificato che il cittadino dovrà riportare nella domanda per l'abbinamento dei due documenti.

Si ricorda che, ai fini dell'abbinamento, il certificato ha una validità massima di trenta giorni dalla data di rilascio.

Il medico provvede, altresì, alla stampa e al rilascio del certificato introduttivo firmato in originale, che il cittadino dovrà esibire all'atto della visita.

Si precisa che il certificato medico in formato digitale può essere riferito a differenti richieste di benefici e/o prestazioni.

Successive ristampe dei certificati e delle relative ricevute potranno essere sempre eseguite dal medico certificatore, limitatamente ai certificati da egli stesso emessi.

3.2 Compilazione della domanda, inoltro all'Inps e ricevuta

La domanda può essere presentata:

- dai cittadini in possesso del PIN rilasciato dall'Istituto e/o da soggetti da questi autorizzati;
- dagli Enti di patronato
- dalle Associazioni di categoria dei disabili (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS)

Il cittadino può acquisire direttamente la propria domanda on line, accedendo alla procedura disponibile sul sito dell'Istituto.

Per gli Enti di patronato, già muniti di PIN, sono previste le seguenti modalità di acquisizione della domanda:

- attraverso uno specifico applicativo di acquisizione off line, in grado di gestire trasmissioni multiple in modalità differita;
- in modalità di cooperazione applicativa.

In ogni caso, i soggetti che hanno titolo all'acquisizione devono compilare i campi previsti dal modello di domanda, abbinando il numero di certificato entro il tempo massimo di trenta giorni dal rilascio del certificato stesso; superato tale termine, il numero di certificato impresso sulla ricevuta non sarà più utilizzabile per l'inoltro telematico delle domande.

E' consentito l'abbinamento di più certificati medici ad una stessa domanda, purché facciano riferimento a prestazioni/benefici diversi. In presenza di più certificati per lo stesso tipo di prestazione/beneficio, l'interessato avrà cura di abbinare alla domanda solo quello che ritiene più completo.

La domanda per il collocamento mirato ex legge 68/99 può essere presentata unitamente a quella per lo stato d'invalidità civile, cecità e sordità civile, selezionando le relative caselle sul modello di domanda. Qualora il richiedente sia già stato riconosciuto invalido civile oltre il 45% o cieco civile o sordo, la domanda deve essere compilata sull'apposito modello per il quale non è previsto l'abbinamento con il certificato medico telematico, come in precedenza precisato. Il cittadino dovrà presentare copia di tale verbale all'atto della visita.

Nella domanda il cittadino, in caso di ricovero, può indicare un recapito temporaneo al fine di ottenere l'assegnazione di una visita presso un'Azienda sanitaria diversa da quella corrispondente alla residenza.

Il cittadino dovrà inoltre precisare se le comunicazioni previste dalla procedura andranno inviate alla residenza effettiva oppure presso altro indirizzo, e potrà segnalare un numero telefonico e un indirizzo di posta elettronica (eventualmente della casella di PEC rilasciata dall'Istituto) che consenta l'inoltro in tempo reale di tutte le comunicazioni generate dal flusso procedurale. In ogni caso, anche le comunicazioni già inviate in formato digitale saranno recapitate in forma cartacea.

La procedura consente l'invio della domanda solo se completa in tutte le sue parti. A seguito dell'invio telematico della domanda, la procedura consentirà la stampa della ricevuta della domanda stessa.

La ricevuta, oltre ai dati relativi all'interessato, contiene i seguenti elementi:

- protocollo della domanda (PIU)
- data di presentazione della domanda.

La gestione telematica delle domande consente, infine, la tracciabilità delle stesse durante tutte le fasi del procedimento, con possibilità di monitorare lo stato della propria pratica tramite collegamento al sito dell'Istituto con le proprie credenziali di accesso (PIN).

Per ogni domanda inoltrata in via telematica, l'applicazione esegue controlli di completezza e congruità dei dati immessi, quindi verifica l'assenza di condizioni di irricevibilità. La domanda è irricevibile nel caso in cui esistano precedenti domande non ancora definite, ovvero ricorsi amministrativi o giudiziari pendenti.

Se la domanda è completa in tutte le sue parti, la procedura guida l'utente alla chiusura dell'acquisizione; quindi, a seguito dell'invio telematico, consente la stampa della relativa ricevuta.

3.3 La convocazione a visita

Contestualmente alla conferma di avvenuta ricezione, la procedura propone l'agenda degli appuntamenti disponibili presso la ASL corrispondente al CAP di residenza (o del domicilio alternativo eventualmente indicato).

Il cittadino, anche per il tramite dei soggetti abilitati, potrà indicare una data di visita diversa da quella proposta, scegliendola tra le ulteriori date indicate dal sistema, e comunque:

- entro i 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, per l'effettuazione delle visite ordinarie,
- entro i 15 giorni dalla data di presentazione della domanda, in caso di patologia oncologica ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 80/06 o per patologia ricompresa nel DM 2 agosto 2007.

Qualora non sia possibile fissare la visita entro l'arco temporale massimo, a causa dell'indisponibilità di date nell'agenda, la procedura può attribuire date successive al predetto limite, oppure registrare la domanda e riservarsi di definire in seguito la prenotazione della visita. In quest'ultimo caso, l'invito a visita (descritto di seguito) sarà sostituito dall'avviso di prenotazione. Una volta definita la data di convocazione, l'invito a visita sarà reso visibile nella procedura e sarà comunicato con lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato nella domanda e alla mail eventualmente comunicata.

Al fine di consentire la definizione delle date di visita contestualmente alla presentazione della domanda grazie alla gestione di una agenda appuntamenti, l'INPS metterà a disposizione delle ASL un sistema di invito a visita contenente una funzione per la calendarizzazione delle visite.

Tale funzione permette inoltre la predisposizione di lettere di invito a visita complete dei riferimenti della prenotazione (data, orario, luogo di visita), delle avvertenze riguardanti la documentazione da portare all'atto della visita (documento di identità valido; stampa originale del certificato firmata dal medico certificatore; documentazione sanitaria, ecc.), e delle modalità da seguire in caso di impedimento a presentarsi a visita, nonché le conseguenze che possono derivare dalla eventuale assenza alla visita.

Nello schema di lettera di invito a visita sono riportate, in particolare, le seguenti informazioni:

- il cittadino può farsi assistere, durante la visita, dal suo medico di fiducia;
- in caso di impedimento, può chiedere una nuova data di visita collegandosi al sito dell'Inps e accedendo al Servizio on line con il proprio codice di identificazione personale;
- se assente alla visita, verrà comunque nuovamente convocato. La mancata presentazione anche alla successiva visita sarà considerata a tutti gli effetti come una rinuncia alla domanda, con perdita di efficacia della stessa;

qualora sussistano le condizioni per richiedere la visita domiciliare, il medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo deve compilare ed inviare (sempre per via telematica, collegandosi al sito dell'Inps) il certificato medico di richiesta visita domiciliare, almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. La ricevuta relativa alla richiesta di visita domiciliare conterrà l'avviso che il Presidente della Commissione medica dovrà pronunciarsi entro i cinque giorni successivi alla ricezione della richiesta. Il Presidente della Commissione medica valuta il merito della certificazione e dispone o meno la visita domiciliare. In caso di accoglimento, il cittadino sarà informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti sarà indicata una nuova data di invito a visita ambulatoriale. Tali comunicazioni saranno notificate con le consuete modalità (visualizzazione sul sito Internet, eventuale invio per posta elettronica, lettera raccomandata).

La funzione di prenotazione visita:

- determina la ASL di competenza in base al CAP/Comune di residenza del richiedente, ovvero di domicilio indicato in caso di ricovero
- valuta se deve essere applicata la trattazione d'urgenza con l'assegnazione di un codice rosso (visita entro 15 giorni) ovvero la trattazione ordinaria con l'assegnazione di un codice verde (visita entro 30 giorni)

L'interessato potrà visionare la convocazione a visita nel sistema di tracciabilità della pratica (avviso tramite posta elettronica qualora indicata).

In ogni caso, la stessa convocazione verrà inoltrata con raccomandata A/R alla residenza o ad altro indirizzo segnalato nella domanda.

Si fa presente che, in base all'art. 5 comma 1 del D.M. n. 387 del 5 agosto 1991, nel caso in cui il richiedente non si presenti alla visita disposta dalla Commissione Medica lo stesso sarà convocato a visita entro i successivi tre mesi. Qualora non si presenti nemmeno a quest'ultima la domanda perderà efficacia e l'interessato dovrà presentare una nuova istanza.

4. Le Commissioni Mediche Integrate

Le Commissioni mediche ASL sono integrate dal medico INPS quale componente effettivo. Il medico INPS che partecipa alle Commissioni è designato di volta in volta, a rotazione, fra quelli in servizio presso il Centro Medico Legale territorialmente competente. La programmazione dell'attività è affidata al Responsabile del CML, che avrà cura di limitare le partecipazioni di ciascun sanitario entro il numero massimo di dieci sedute consecutive nella stessa Commissione Medica Integrata.

La composizione delle Commissioni Mediche Integrate, ovviamente, varia in funzione della domanda presentata dal cittadino, a seconda che sia volta al riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, disabilità o handicap.

Nel quadro dell'integrazione e della collaborazione tra amministrazioni pubbliche, ove richiesto, l'Istituto potrà mettere a disposizione delle ASL interessate i propri Centri medici legali per l'effettuazione delle visite.

5. Gestione calendario visite

Per ogni Commissione Medica Integrata è previsto un calendario di visite con l'indicazione del luogo di effettuazione delle stesse e della tipologia della commissione medica.

Relativamente alle visite ordinarie la ASL, d'intesa con l'INPS, comunica periodicamente il calendario delle disponibilità della Commissione per i 90 giorni successivi, al fine di consentire la creazione dell'agenda delle visite.

Il Presidente della Commissione Medica indicherà nella procedura informatica le date utili che saranno rese disponibili per l'effettuazione delle visite.

La procedura consente di impostare vari criteri per il calendario visite di ogni Commissione medica:

- i giorni e gli orari di visita
- la durata di ogni visita
- gli eventuali giorni festivi (per esigenze locali - santo patrono, ecc.).

E' possibile anche indicare le sedute per ogni specifica tipologia di domanda (cecità civile, sordità, handicap e disabilità, visite domiciliari)

Devono essere, inoltre, inserite ed aggiornate costantemente in procedura tutte le informazioni relative a:

- ambulatori di visita (competenza territoriale e indirizzo)
- anagrafica dei medici dell'ASL
- anagrafica dei medici del CML interni ed esterni
- composizione delle Commissioni di visita

E' assolutamente necessario, per l'assegnazione automatica del luogo e della data della visita, che tali dati siano gestiti correttamente in procedura in stretto raccordo tra il Presidente della Commissione medica ASL ed il Responsabile del CML dell'INPS.

L'Inps nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 20, comma 3, della legge n. 102/2009, provvederà a trasmettere alle ASL le domande ricevute, attraverso:

- l'accesso diretto, tramite internet, all'applicazione di presentazione delle domande;

- la trasmissione dei dati in cooperazione applicativa secondo gli standard definiti con i protocolli operativi;
- lo scambio dati secondo modalità definite con le singole convenzioni.

6. La visita medica da parte della Commissione Medica Integrata

La Commissione medica all'atto della visita accede, attraverso la rete internet o mediante cooperazione applicativa, al fascicolo elettronico dell'interessato contenente la domanda telematica completa del certificato medico.

A tal fine le ASL dovranno segnalare all'INPS i nominativi dei medici e dei funzionari da abilitare all'accesso e alla compilazione dei verbali, nonché tutte le variazioni che interverranno al riguardo. La Commissione, dopo aver effettuato la visita, redige il verbale medico in formato elettronico, nel quale troverà precompilati i campi relativi alla sezione anagrafica.

Nel verbale saranno registrati tutti i dati della visita:

- dati identificativi della Commissione;
- dati anagrafici;
- estremi del documento di riconoscimento;
- antecedenti lavorativi;
- tipologia della domanda (invalidità civile, cecità, sordità);
- tipologia dell'accertamento (ambulatoriale, domiciliare, primo accertamento, aggravamento, revisione);
- documentazione sanitaria esibita;
- anamnesi;
- obiettività;
- richiesta di ulteriore documentazione / ulteriori accertamenti;
- diagnosi con indicazione della codifica DM 5.2.1992 e ICD-9 e adozione della procedura next-mate in caso di valutazioni percentualistiche;
- valutazione, con riferimento alla tipologia della domanda ed all'età dell'istante;
- eventuale indicazione di una revisione programmata;
- eventuale indicazione della ricorrenze degli estremi del DM 2.8.2007 e della relativa voce dell'allegato;
- gruppo firma informatizzato, con registrazione per ognuno dei componenti del giudizio "favorevole" o "contrario" al fine di selezionare automaticamente i verbali definiti all'unanimità o a maggioranza.

La documentazione sanitaria presentata all'atto della visita da parte del cittadino viene acquisita agli atti dalla ASL e potrà essere richiesta dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS in caso di necessità.

Per le domande di disabilità la Commissione medica integrata redige una relazione in cui è formulata la diagnosi funzionale sulle capacità lavorative del richiedente per il collocamento mirato. La relazione, dopo il giudizio definitivo da parte dell'INPS, deve essere trasmessa alla Commissione Provinciale per le Politiche del Lavoro.

Tutti i verbali definiti devono essere stampati in duplice copia e firmati in originale da parte dei componenti la Commissione Integrata e devono essere conservati agli atti dalla ASL e dall'INPS. A conclusione della seduta, inoltre, ciascuna Commissione dovrà stampare un verbale riepilogativo delle visite effettuate con i relativi esiti, indicando la formulazione unanime o a maggioranza del giudizio finale.

Tale verbale di seduta dovrà essere sottoscritto da tutti i componenti della Commissione e conservato agli atti della ASL e dell'INPS.

7. L'esito della visita medica

L'accertamento sanitario potrà concludersi con:

A. giudizio medico-legale espresso all'unanimità dei componenti della Commissione integrata dal medico INPS;

B. giudizio medico-legale espresso a maggioranza dei componenti della Commissione.

Poiché il nuovo processo dell'invalidità civile prevede che l'accertamento definitivo sia di competenza dell'INPS, queste due fattispecie seguiranno un'operatività differente di seguito descritta.

A. Giudizio medico-legale espresso all'unanimità dei componenti della Commissione

Fermo restando che, ai sensi del comma 1 dell'articolo 20 della legge n. 102/09, l'accertamento definitivo è in ogni caso effettuato dall'INPS, il verbale deve essere sottoposto, con la massima tempestività, alla valutazione del Responsabile del Centro Medico Legale territorialmente competente o di altro medico dell'istituto da lui all'uopo delegato.

Qualora il Responsabile del CML dovesse riscontrare elementi tali da non consentire l'immediata validazione del verbale, l'iter successivo sarà identico a quello previsto al punto B per i verbali con giudizio medico-legale espresso a maggioranza.

Nell'ambito della validazione il responsabile del Centro Medico Legale, anche successivamente all'invio del verbale, segnala posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti alla Commissione Medica Superiore che effettua il monitoraggio complessivo sui verbali.

A seguito della validazione, il verbale sarà trasmesso da parte dell'INPS, al domicilio del cittadino richiedente e, laddove dal riconoscimento possa derivare un beneficio economico, sarà contestualmente attivato il flusso amministrativo per l'erogazione dello stesso.

L'invio del verbale al domicilio del cittadino è effettuato dall'Istituto.

B. Giudizio medico-legale espresso a maggioranza dei componenti della Commissione

In questi casi l'INPS sospende l'invio del verbale al cittadino ed acquisisce dalla ASL la documentazione sanitaria.

Il Responsabile del Centro Medico Legale territorialmente competente potrà, entro dieci giorni dalla sospensione, validare il verbale agli atti oppure disporre una visita diretta da effettuarsi entro i successivi venti giorni.

La visita sarà effettuata da una Commissione medica costituita da: un medico INPS, indicato dal Responsabile del CML e diverso dal componente della Commissione medica integrata, con funzione di Presidente al quale compete il giudizio definitivo, da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e dall'operatore sociale nei casi previsti dalla legge.

La Commissione medica potrà avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione. Le consulenze potranno essere effettuate da medici specialisti INPS o da medici già convenzionati con l'Istituto.

8. Commissione Medica Superiore

Resta salva la possibilità, previa indicazione della Commissione Medica Superiore che effettua il monitoraggio complessivo dei verbali, di estrarre posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti, anche successivamente all'invio del verbale al cittadino.

L'accertamento potrà consistere nell'esame della documentazione agli atti o in una visita diretta.

La Commissione Medica Superiore può ricevere da parte del Responsabile del Centro Medico Legale segnalazioni di posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti, anche successivamente all'invio del verbale al cittadino.

Inoltre, al fine di realizzare obiettivi di omogeneizzazione valutativa, la Commissione Medica Superiore cura l'effettuazione dell'attività di verifica campionaria, da realizzare in una percentuale variabile tra il 2 ed il 5% dei verbali, indipendentemente dal loro esito, attraverso un controllo sulla

base degli atti da parte di Centri Medico Legali dislocati in Regioni diverse da quelle in cui è avvenuto l'accertamento.

La Commissione Medica Superiore è nominata dal Coordinatore Generale Medico Legale, su delega del Direttore Generale, tenendo conto prioritariamente della rappresentanza territoriale.

9. Trasmissione del verbale

A conclusione dell'iter sanitario la procedura provvede all'inoltro del verbale all'interessato con lettera a firma del Direttore della struttura territoriale INPS competente. Il verbale inviato è in duplice esemplare: una versione integrale contenente tutti i dati sensibili e una versione contenente solo il giudizio finale per un eventuale uso amministrativo da parte del destinatario.

L'invio del verbale di invalidità civile, cecità o sordità, attiva il processo amministrativo nel caso in cui il riconoscimento preveda un beneficio economico.

L'iter procedurale differisce tra le regioni dove l'INPS ha la titolarità della concessione e quelle dove tale titolarità è ancora di competenza di Enti diversi.

Nel primo caso la comunicazione a cui è allegato il verbale sanitario contiene anche la richiesta dei dati necessari all'accertamento dei requisiti socio economici, nonché delle certificazioni da esibire alla sede INPS territorialmente competente.

E' possibile, accedendo alla procedura, completare on line i dati relativi all'accertamento dei requisiti socio-economici e quelli relativi al pagamento delle prestazioni. Sul sito è disponibile in stampa la modulistica necessaria.

In ogni caso, il cittadino potrà provvedere all'inserimento dei dati in questione in anticipo rispetto alla ricezione del verbale, seguendo le indicazioni presenti nel sistema di tracciabilità della pratica.

L'unità organizzativa della struttura territoriale INPS competente effettua tutti i controlli amministrativi e reddituali e avvia i successivi adempimenti per la concessione e la liquidazione della prestazione. In procedura potranno essere consultati solo i dati non sensibili.

Al termine delle operazioni di accertamento dei requisiti amministrativi viene inviato il provvedimento di concessione ed erogazione del trattamento ovvero il provvedimento di rigetto amministrativo, a firma del responsabile dell'unità organizzativa della struttura territoriale INPS.

Nel caso in cui la concessione sia di competenza di Enti diversi dall'INPS, l'Istituto, in attesa dell'implementazione della procedura informatica relativa alla consultazione, invia all'ente concessore, attraverso posta massiva, la comunicazione e il verbale con il solo giudizio finale.

Anche all'interessato vengono inviati per posta il verbale e la comunicazione che contiene l'elenco dei dati necessari all'accertamento dei requisiti socio economici, nonché le certificazioni da consegnare all'ente concessore.

Ciascuna Direzione Regionale avrà cura di tenere aggiornati gli indirizzi degli Enti concessori (Comuni, Asl, Regioni) cui dovrà essere inviata la suddetta documentazione, con le stesse modalità già attivate per le precedenti comunicazioni effettuate alla DCSIT.

10. Verifica straordinaria della permanenza dello stato invalidante di cui all'articolo 20 comma 2 della legge 102/2009

Le verifiche della permanenza dello stato invalidante (cosiddette verifiche straordinarie), saranno svolte sulla base delle indicazioni contenute nel Piano delle attività annualmente riportato nella Nota Preliminare al bilancio preventivo, secondo criteri che di volta in volta saranno definiti dal CGML sulla base delle indicazioni del Consiglio di Amministrazione, anche con riferimento a eventuali disposizioni normative in materia.

11. Sinergie INPS-REGIONI

L'organizzazione del nuovo processo dell'invalidità civile si basa essenzialmente sulla collaborazione tra l'Istituto e gli Enti fino ad oggi interessati al processo stesso.

In relazione a quanto sopra l'INPS opererà a stretto contatto con le Regioni (in particolare le Aziende Sanitarie Locali, ed i Comuni già titolari del potere concessorio) e con le rispettive articolazioni territoriali e si attiverà per rendere compatibili i flussi informatici delle domande d'invalidità civile con i sistemi attualmente in uso presso le ASL stesse, anche ai fini della concessione da parte degli enti competenti di altri benefici socio-sanitari connessi allo stato di invalidità civile.

I flussi comunicativi tra Istituto e Regioni saranno strettamente coordinati e monitorati a livello centrale.

Al fine di garantire la massima facilità di accesso per i cittadini alle procedure informatiche di presentazione e trasmissione all'INPS delle domande stesse, in sede di prima attuazione delle procedure di trasmissione telematica delle domande di invalidità civile ai sensi dell'articolo 20 comma 3 della legge n.102/2009, a partire dall'1.1.2010 con riferimento agli accordi che saranno raggiunti tra le Direzioni regionali INPS e le Regioni, le ASL, o altro ente locale già responsabile dell'accettazione delle domande di invalidità civile, potranno accettare le domande procedendo tempestivamente all'acquisizione delle stese nella procedura di presentazione.

Atteso quanto definito al punto 3.2 della circolare in ordine alla compilazione della domanda ed al rilascio della ricevuta, la decorrenza delle domande sarà quella indicata nella ricevuta rilasciata dal sistema informativo dell'Istituto.

Le modalità per l'attribuzione delle credenziali di accesso alla procedura informatica dell'Istituto, per la trasmissione delle domande, verranno definite negli accordi stessi, secondo le specifiche tecniche indicate dall'INPS.

I Direttori regionali, d'intesa con le strutture centrali competenti, in attesa della sottoscrizione dell'Accordo Quadro tra il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza Stato-Regioni per la disciplina delle modalità di affidamento all'Inps delle attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile di cui al citato articolo 20 della legge 102/09, e della stipula delle specifiche convenzioni necessarie per regolare gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti collegati alla stessa invalidità civile, si dovranno attivare con immediatezza per costituire tavoli tecnici - tra INPS e Regioni - per la realizzazione di un costante e continuo confronto diretto ad individuare le soluzioni più idonee per l'applicazione dell'articolo 20 della legge 102/09, al fine di garantire la qualità del servizio erogato ai cittadini.

12. Convenzionamento medici esterni

Il Coordinatore Generale medico legale, su delega del Direttore Generale, nomina i medici esterni, indicando i criteri seguiti per la loro individuazione.

Nel contratto, oltre agli aspetti economici, saranno disciplinati i casi di incompatibilità con l'attività da svolgere, al verificarsi dei quali si procederà alla risoluzione immediata del contratto stesso fatta salva l'attivazione delle ulteriori azioni necessarie a tutela dell'Istituto.

L'attività oggetto del contratto è attività professionale libera e in nessun caso potrà configurarsi come rapporto di lavoro svolto alle dipendenze dell'Inps.

La sottoscrizione dei contratti sarà a cura dei Direttori regionali su delega del Direttore generale.

Una copia dell'atto sottoscritto dovrà essere restituita al Coordinamento Generale medico legale e alla Direzione Centrale Risorse strumentali.

Il Direttore Regionale dovrà segnalare al Coordinamento Generale l'eventuale mancata accettazione dell'incarico da parte dei medici nominati nonché tutti i casi di risoluzione anticipata del contratto.

Il pagamento dei compensi ai medici esterni avverrà a cura della Direzione regionale.

13. Monitoraggio

L'insieme di tutte le attività connesse all'invalidità civile sarà sottoposto a costante monitoraggio sia sotto l'aspetto della funzionalità del sistema sia sotto l'aspetto del controllo dei tempi di lavorazione. La procedura informatica, attraverso un'apposita funzione, monitora tutte le fasi del processo, compresa l'attività delle Commissioni Mediche Integrate, al fine di rispettare l'obiettivo di 120 giorni a decorrere dalla data di presentazione della domanda entro cui devono essere liquidate le prestazioni.

14. Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009 alle ASL e delle visite mediche di revisione

14.1 Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009

Con riferimento alle domande presentate fino al 31/12/2009 presso le ASL, si evidenziano due percorsi differenti a seconda che la visita sia stata effettuata entro il 31/12/2009 oppure sia stata calendarizzata a far data dal 01/01/2010:

a. le domande con visite effettuate dalle Commissioni ASL entro il 31 dicembre 2009, non entrano nella nuova procedura e continuano ad essere gestite secondo l'iter attualmente in essere con la procedura INVCIVNEW.

Poiché dall'1/1/2010, per quanto previsto dall'art. 20, comma 1, del D.L. 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni in legge 3 agosto 2009, n. 102, l'accertamento definitivo spetta all'INPS, i verbali relativi all'accertamento effettuato dalle Commissioni Mediche delle ASL, dovranno essere sottoposti all'esame di una Commissione medica costituita da:

- un medico INPS, indicato dal Responsabile del CML con funzioni di presidente, al quale compete il giudizio definitivo, da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e dall'operatore sociale nei casi previsti dalla legge.

L'accertamento potrà consistere nell'esame della documentazione agli atti o nella programmazione di una nuova visita.

b. i verbali relativi alle domande presentate entro il 31/12/2009, con visite effettuate dalle Commissioni Mediche Integrate dal 01/01/2010, devono essere gestite con le modalità in essere (procedura INVCIVNEW).

Sui verbali dovrà essere evidenziato se il giudizio medico legale sia stato espresso all'unanimità o a maggioranza della Commissione medica integrata.

Poiché ai sensi del comma 1 dell'articolo 20 della legge n. 102/09, l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS, il processo di validazione dovrà essere quello descritto al punto 7. della presente circolare.

Gli operatori INPS, laddove non siano in essere le cooperazioni applicative ASL-INPS, dovranno continuare ad acquisire le domande in procedura INVCIVNEW per consentire al CML la lavorazione informatica del verbale, ai fini di validare o meno il giudizio medico legale già espresso, ottemperando così a quanto previsto dall'art. 20, comma 1, L. 102/2009.

Il verbale cartaceo trasmesso dall'ASL dovrà essere acquisito entro 48 ore dalla sua ricezione e per tale attività saranno predisposti appositi indicatori di misura e di risultato.

14.2 Visite mediche di revisione

Le visite mediche di revisione programmate dalle ASL prima del 31.12.2009, seguiranno lo stesso iter previsto al punto precedente per le domande cartacee non ancora definite.

Si precisa che le prestazioni per le quali sono già indicate negli archivi dell'Istituto le date di scadenza, verranno caricate in automatico nella procedura INVCIV2010 e potranno quindi essere gestite interamente con il nuovo iter procedurale. La programmazione dei calendari di visita dovrà

ovviamente essere effettuata dall'ASL.

Atteso che dalle procedure di revisione sono esclusi i soggetti di cui al DM 2/8/2007, il medico INPS che integra la Commissione medica, avrà cura di esaminare gli atti contenuti nel fascicolo sanitario della ASL relativamente ai soggetti portatori delle patologie ricomprese nel citato DM, al fine di escludere ogni ulteriore accertamento.

15. Contenzioso Giudiziario

Con riferimento alla gestione del contenzioso giudiziario, le nuove previsioni normative hanno reso necessari alcuni interventi organizzativi di notevole spessore richiamati con la circolare n. 93 del 20/07/2009.

Viene in rilievo in primo luogo l'art. 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni in legge 3 agosto 2009, n. 102 disponendo che a decorrere dal 1 luglio 2009 "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, formulata, a pena di nullità, del consulente nominato dal giudice, il quale provvede ad inviare apposita comunicazione al direttore della sede provinciale dell'INPS competente. 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 a 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".

Per effetto della suddetta norma, il Consulente Tecnico d'Ufficio, eventualmente nominato dal Giudice, è tenuto a notificare, a pena di nullità delle operazioni peritali, l'inizio delle stesse al Direttore di Struttura INPS territorialmente competente .

Conseguentemente, il giorno d'inizio delle operazioni peritali, il Consulente Tecnico di Parte, medico INPS, parteciperà alle stesse avendo a disposizione il fascicolo sanitario del periziando, contribuendo fattivamente alla esaustiva valutazione medico legale del caso e integrando le funzioni già previste con la circolare n. 92 del 17/07/2009.

Per ciò che concerne gli aspetti strettamente procedurali, è stato previsto l'inserimento dei suddetti dati nella procedura "CoGiSan" collegata attraverso link diretto al Fascicolo Sanitario Elettronico Personale Previdenziale-Assistenziale "FaSEPrAss".

Pertanto, al fine di garantire l'integrale applicazione di quanto disposto dalla normativa con riferimento al contenzioso in materia di invalidità civile, si rinvia a quanto disposto con le circolari n. 93 del 20 luglio 2009, e la circolare n. 106 del 9 settembre 2009.

16. Istruzioni contabili

Ai fini dell'imputazione dei compensi ai componenti esterni delle commissioni mediche (medici, rappresentanti delle associazioni di categoria, operatori sociali nei casi previsti dalla legge) per gli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile ai sensi dell'art. 20 della legge n. 102/2009 è stata istituita, nell'ambito del capitolo 5U1104064, a decorrere dall'esercizio 2010, la seguente voce di spesa:

03 – Compensi ai componenti esterni delle Commissioni per accertamenti sanitari ex art. 20 legge n. 102/2009

A tale voce di spesa vanno imputati anche i compensi a favore dei componenti esterni per gli accertamenti derivanti dalle domande cartacee presentate entro il 31 dicembre 2009 e per quelli conseguenti alle visite mediche di revisione programmate dalle ASL prima del 31 dicembre 2009 di cui, rispettivamente, ai precedenti punti 14.1 e 14.2.

Alle due voci di spesa esistenti 01 e 02 continuano ad essere imputati i compensi ai componenti esterni, rispettivamente, delle CMVP e delle sottocommissioni della CMS per verifiche straordinarie ex art. 80 legge n. 133/2008 afferenti esclusivamente ad accertamenti effettuati entro il 31 dicembre 2009.

In relazione a quanto sopra il capitolo di spesa 5U1104064 assume la seguente denominazione: "Compensi ai componenti esterni delle Commissioni Mediche per l'accertamento dell'invalidità civile, delle situazioni di handicap e di disabilità".

Conseguentemente anche ai conti GPA 31/140 e GPA 28/140 è stata adeguata la denominazione come da allegato n. 1.