

www.handvlex.org

Carlo Giacobini, Responsabile del Centro per la documentazione legislativa, UILDM, Direzione Nazionale

Minorazioni civili e handicap: le nuove procedure

Dal primo gennaio 2010, salvo possibili proroghe, cambieranno parecchi aspetti dell'attuale iter di domanda, accertamento e riconoscimento delle minorazioni civili (invalidità e cecità civile, sordità prelinguale), dell'handicap (Legge 104/1992) e della disabilità (Legge 68/1999).

Ne avevamo già parlato su questo sito commentando la [Legge 3 agosto 2009, n. 102](#) che, all'articolo 20, ridisegna alcuni percorsi e competenze in questa materia. Si spera che la "miniriforma" migliori la qualità dei servizi erogati al Cittadino soprattutto in quanto a tempi di attesa e a sovraccarichi amministrativi.

Le ricadute

Lo ricordiamo in sintesi: dal primo gennaio la domanda di accertamento di invalidità, handicap e disabilità si presenta all'INPS. Le competenti Commissioni ASL sono integrate da un medico INPS.

Le due novità, che ad una superficiale lettura possono sembrare marginali, hanno dei risvolti operativi di notevole impatto. Non a caso, già all'indomani dell'approvazione della [Legge 102/2009](#), l'INPS ha iniziato a progettare e ad organizzarsi per la nuova gestione. Tale "disegno" ha trovato formalizzazione nella Determinazione del Commissario Straordinario del 20 ottobre 2009, n. 189 che fissa le linee guida e le modalità operative dei procedimenti.

Le linee guida

La piena trasparenza dei procedimenti è il primo obiettivo che viene perseguito, soprattutto attraverso strumenti e modalità informatici e telematici. La presentazione delle domande e l'archiviazione di tutti gli atti avverranno attraverso un sistema informatico gestito dall'INPS, garantendo così, quando il sistema sarà a regime, la tracciabilità di qualsiasi procedura in tempo reale.

L'altro obiettivo è quello dell'uniformità dei modelli di presentazione della domanda e dei relativi verbali di accertamento. Verranno messi a disposizione dall'INPS superando così l'attuale disomogeneità degli atti a livello locale.

Un ultimo interessante obiettivo è quello di mantenere i tempi dei procedimenti che vanno dalla domanda alla concessione delle eventuali provvidenze economiche entro i 120 giorni. Tempi ben più ristretti rispetto agli attuali

Vediamo allora quali sono le diverse fasi e cosa bisogna fare.

La certificazione medica

Come nei procedimenti attuali, per prima cosa bisogna rivolgersi al medico curante (medico certificatore). Basandosi sui modelli di certificazione predisposti dall'INPS, il medico deve attestare la natura delle infermità invalidanti, riportare i dati anagrafici, le patologie invalidanti da cui il soggetto è affetto con l'indicazione obbligatoria dei codici nosologici internazionali (ICD-9). Dovrà, se presenti, indicare le patologie elencate nel [Decreto Ministeriale 2 agosto 2007](#) che indica le patologie stabilizzate o ingravescenti che danno titolo alla non rivedibilità. Infine dovrà indicare l'eventuale sussistenza di una patologia oncologica in atto.

Questo certificato – è questa la novità – va compilato su supporto informatico ed inviato telematicamente.

Una volta inviato il certificato, il sistema genera un codice univoco che il medico consegna all'interessato. Il certificato ha validità 30 giorni: se non si presenta in tempo la domanda, il certificato scade e bisogna richiederlo nuovamente.

Se il medico a cui ci si rivolge non è abilitato o non dispone di computer e connessione, può compilare la certificazione su carta, ma questo documento deve essere compilato seguendo il modello dell'INPS.

Per l'acquisizione informatica del certificato cartaceo, bisogna rivolgersi ad un patronato sindacale o ad altri soggetti abilitati, che potranno però inserire il documento solo se completo di tutti i dati.

La domanda

Una volta in possesso del certificato, il Cittadino può presentare la domanda di accertamento. Conviene farlo attraverso gli enti abilitati: associazioni di categoria, patronati sindacali, CAAF, altre organizzazioni. In questa fase si abbina il certificato rilasciato dal medico (presente nel sistema) alla domanda che si va a compilare.

Nella domanda sono indicati i dati personali e anagrafici, il tipo di riconoscimento richiesto (handicap, invalidità, disabilità), le informazioni relative alla residenza e all'eventuale stato di ricovero.

Il Cittadino potrà indicare anche una casella di posta elettronica per ricevere le informazioni sul flusso del procedimento che lo riguarda. Tutte le "fasi di avanzamento" potranno essere consultate anche online nel sito dell'INPS, sia dal Cittadino che dai soggetti abilitati: basterà richiedere un codice di ingresso (PIN) al momento della presentazione della domanda o telefonando al Contact Center dell'INPS.

La ricevuta

Per ogni domanda inoltrata, il sistema genera una ricevuta con il protocollo della domanda e l'indicazione della data, del luogo e dell'ora della visita.

Nella stessa ricevuta vengono indicate alcune informazioni e raccomandazioni al Cittadino.

Viene rammentato di presentare al momento della visita la documentazione sanitaria in originale o in copia conforme e che è possibile farsi assistere da un medico di fiducia. Viene inoltre ricordata la possibilità di richiedere la visita domiciliare in caso le condizioni di salute siano tanto gravi da rendere intrasportabile la persona.

Il Cittadino potrà anche richiedere, sempre telematicamente, la modifica della data proposta per l'accertamento.

I tempi

La Determinazione 189/2009 prevede per la convocazione alle visite di accertamento un tempo massimo di 30 giorni dalla data della domanda.

Il limite scende a 15 giorni nel caso in cui il richiedente sia affetto da una patologia oncologica in atto, oppure sia affetto da una delle gravi patologie – stabilizzate o ingravescenti – previste dal [Decreto 2 agosto 2007](#).

Se questi nuovi limiti saranno rispettati, ci sarà un sostanziale miglioramento rispetto ai tempi di attesa attualmente osservati.

La visita

La visita avviene, come ora, presso la Commissione della Azienda USL competente. La Commissione accede al fascicolo elettronico contenente la domanda e il certificato medico.

Al termine della visita, viene redatto il verbale elettronico, riportando l'esito, i codici nosologici internazionali (ICD-9) e l'eventuale indicazione di patologie indicate nel Decreto 2 agosto 2007 che comportano l'esclusione di successive visite di revisione.

Saranno abilitati all'accesso a questi dati solo alcuni medici e funzionari, per contenere il rischio di abusi relativi alla riservatezza dei dati.

Tutta la documentazione sanitaria presentata nel corso della visita viene conservata e acquisita agli atti dall'Azienda USL.

In caso di assenza a visita senza giustificato motivo, la domanda viene rigettata. Il Cittadino dovrà presentare una nuova domanda, previo rilascio del certificato da parte del medico curante.

La visita domiciliare

La richiesta di visita domiciliare deve essere presentata per via telematica prima del giorno fissato per la visita. È necessario trasmettere un certificato medico che attesti che la persona non è trasportabile se non a rischio della sua stessa salute.

Sarà il presidente della Commissione USL a valutare la richiesta e a fissare la visita domiciliare. La

procedura informatica invia all'interessato la comunicazione di accoglimento con indicazione di data e ora della visita oppure il rigetto della stessa confermando la data di visita già fissata presso la Commissione ASL.

La verifica

Fino ad oggi tutti i verbali emessi delle Commissioni ASL dovevano essere inviati alla competente Commissione INPS per la verifica e la convalida. La Commissione INPS aveva tempo 60 giorni, dalla ricezione dei verbali, per convalidare il verbale, oppure per sospenderlo e chiedere chiarimenti all'Azienda USL oppure per riconvocare a visita l'interessato. Trascorsi 60 giorni vige il principio del silenzio assenso. Nessuna norma fissa il tempo massimo di invio dei verbali, da parte delle Commissioni ASL all'INPS.

Anche su tale passaggio le novità sono sostanziali.

Come già detto, in forza dell'articolo 20 della Legge 102/2009, le Commissioni ASL sono integrate con un medico dell'INPS e questo può rappresentare un vantaggio in termini di tempi, oltre che – sicuramente – di risparmi di gestione.

Infatti, se al termine delle visita il verbale viene approvato all'unanimità, il verbale, validato dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS, viene spedito all'interessato da parte dell'INPS stesso.

Se il verbale dà diritto a prestazioni economiche (pensioni, indennità, assegni), viene anche attivato il flusso amministrativo per la relativa concessione ed erogazione e quindi inviato anche all'ente conceditore e "messo in lavorazione".

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.

Questi può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere ad una nuova visita nei successivi 20 giorni.

La visita, in questo caso, viene 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) e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale.

L'invio del verbale

Come detto, il verbale viene inviato al Cittadino dall'INPS. Le versioni inviate sono due: una contenente tutti i dati sensibili e una contenente solo il giudizio finale per gli usi amministrativi.

Se il giudizio finale prevede l'erogazione di provvidenze economiche, il Cittadino viene inviato ad inserire online i dati richiesti (ad esempio reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie). Anche queste informazioni finiscono nella "banca dati" e completano il profilo della persona ai fini dell'invalidità civile, handicap e disabilità. E anche per queste procedure è bene farsi assistere da un patronato sindacale, un'associazione o un soggetto abilitato.

Il procedimento si conclude con l'erogazione delle provvidenze economiche nei casi in cui ne sia riconosciuto il diritto sulla base dei requisiti sanitari e di diritto.

I fascicoli elettronici dei verbali conclusi vengono archiviati nel Casellario Centrale di Invalidità gestito dall'INPS.

	Fino al 31/12/2009	Dal 01/01/2010
Il certificato medico	Cartaceo, senza modelli o fac-simili di riferimento	Digitale e telematico, su modello fisso dell'INPS
La domanda	Cartacea, alla Commissione di accertamento dell'ASL, su modelli difforni da ASL ad ASL	Digitale e telematica, all'INPS tramite un patronato, associazione, soggetti abilitati
La visita	Presso la Commissione dell'Azienda USL	Presso la Commissione dell'Azienda USL, integrata da un medico INPS
La verifica	Sempre su tutti i verbali, da parte della Commissione di verifica INPS	Solo sui verbali su cui non c'è unanimità della Commissione ASL. Rimane di competenza dell'INPS
I tempi di	60 giorni; 15 per i malati oncologici	30 giorni; 15 per i malati oncologici e le

convocazione

persone affette da gravi patologie di cui al
Decreto 2 agosto 2007

**I tempi fra la
domanda e
l'erogazione delle
provvidenze**

9 mesi + 240 giorni

120 giorni

Trasparenza

Informazioni sullo stato del
procedimento sono richieste per
iscritto al responsabile e si rimane in
attesa di risposta

Il flusso dell'intero procedimento (di
domanda, convocazione, concessione ed
erogazione delle provvidenze) può essere
seguito online in tempo reale

7 dicembre 2009