

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione Centrale Pensioni

Coordinamento Generale Medico Legale

Direzione Centrale Sistemi Informativi e Tecnologici

Direzione Centrale Organizzazione

Direzione Centrale Pianificazione e Controllo di Gestione

Direzione Centrale Risorse Umane

Direzione Centrale Risorse Strumentali

Roma, 22/06/2010

*Ai Dirigenti centrali e periferici
Ai Direttori delle Agenzie
Ai Coordinatori generali, centrali e
periferici dei Rami professionali
Al Coordinatore generale Medico legale e
Dirigenti Medici*

Circolare n. 76

e, per conoscenza,

*Al Presidente
Al Presidente e ai Componenti del Consiglio di
Indirizzo e Vigilanza
Al Presidente e ai Componenti del Collegio dei
Sindaci
Al Magistrato della Corte dei Conti delegato
all'esercizio del controllo
Ai Presidenti dei Comitati amministratori
di fondi, gestioni e casse
Al Presidente della Commissione centrale
per l'accertamento e la riscossione
dei contributi agricoli unificati
Ai Presidenti dei Comitati regionali
Ai Presidenti dei Comitati provinciali*

OGGETTO: Programma di verifiche straordinarie da effettuare nell'anno 2010 nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile, sordità e cecità civile, ai sensi dell'art. 2, comma 159, della legge 23 dicembre 2009, n.191, nonché dell'articolo 10, comma 4, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 – Prime istruzioni operative.

SOMMARIO: *Sommario:*

<i>Premessa</i>	
<i>1. Soggetti interessati alle verifiche straordinarie</i>	
<i>2. Soggetti esclusi dalle verifiche straordinarie</i>	
<i>3. Ruolo delle Direzioni regionali</i>	
<i>4. Fase preliminare</i>	
<i>4.1 Richiesta documentazione sanitaria</i>	
<i>4.2 Attività della Commissione Medica</i>	
<i>5. Visite mediche</i>	
<i>5.1 Assenza a visita senza comunicazioni preventive</i>	
<i>6. Ripartizione delle funzioni tra le Unità organizzative di Sede.</i> <i>Disposizioni relative al trattamento dei dati.</i>	

Premessa

L'articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, con il quale il legislatore ha introdotto importanti innovazioni al procedimento di riconoscimento degli stati di invalido civile, cieco civile, sordo, handicap e disabilità, al comma 2 assegna all'INPS la funzione di accertare la permanenza dei requisiti sanitari che hanno dato luogo alla concessione dei benefici economici.

Il medesimo comma 2, a seguito della modifica introdotta dall'art.2, comma 159 della legge 23 dicembre 2009, n.191, e da ultimo dall'articolo 10, comma 4, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", pubblicato sulla G.U del 31.5.2010, supplemento ordinario n. 114, in corso di conversione, dispone inoltre, testualmente, che "per il triennio 2010/2012 l'INPS effettua, con le risorse umane e finanziarie previste a legislazione vigente, in via aggiuntiva all'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, un programma di 100.000 verifiche per l'anno 2010 e di 200.000 verifiche annue per ciascuno degli anni 2011 e 2012 nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile".

La presente circolare illustra il flusso organizzativo e procedurale di attuazione del piano di verifiche straordinarie previsto per l'anno 2010.

Le attività necessarie per l'attuazione del suddetto piano saranno gestite tramite la procedura INVER2010, che è strutturata con le funzionalità utili per gestire l'intero flusso di verifica, dalla lettera di richiesta della documentazione sanitaria e di convocazione a visita fino alla conferma o revoca della provvidenza, secondo i criteri indicati nei seguenti paragrafi.

Il funzionamento della procedura INVER2010 è illustrato nel manuale che verrà rilasciato contestualmente alla procedura.

1. Soggetti interessati alle verifiche straordinarie

L'Istituto ha elaborato un campione di soggetti beneficiari di prestazioni di invalidità civile, sordità e cecità civile.

Il campione delle verifiche comprende soggetti tratti dal casellario delle pensioni INPS alla data del 01 gennaio 2010, i quali risultano:

- titolari di indennità di accompagnamento e di comunicazione, di età compresa tra i 18 ed i 67 anni compiuti, la cui prestazione è stata riconosciuta in data antecedente al 1° aprile 2007
- titolari di assegno mensile, di età compresa tra il quarantacinquesimo anno e il sessantesimo anno compiuto, la cui prestazione è stata riconosciuta in data anteriore al 1° aprile 2007.

Le posizioni individuate sono inserite nel data base delle verifiche della procedura INVER2010.

2. Soggetti esclusi dalle verifiche straordinarie

I controlli non riguardano le prestazioni assistenziali sostitutive riconosciute agli invalidi civili e ai sordi civili ultrasessantacinquenni, rispettivamente ai sensi dell'articolo 19 della legge 30 marzo 1971, n. 118 e dell'articolo 10 della legge 26 maggio 1970, n. 381.

Sono inoltre esonerati da ogni visita medica i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti di cui al decreto interministeriale 2 agosto 2007, ai quali è già stato applicato il suddetto Decreto.

Rimangono esclusi dal piano di verifiche la Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, che provvedono ai medesimi controlli secondo quanto previsto dai rispettivi statuti e dalla relative norme di attuazione.

3. Ruolo delle Direzioni regionali

Le Direzioni Regionali dell'Istituto assicureranno in stretto raccordo con la Commissione Medica Superiore l'efficace attuazione del piano di verifiche straordinarie in oggetto, garantendo le risorse umane alle attività di supporto; in particolare, assicureranno il coordinamento delle strutture territoriali di competenza ed il costante monitoraggio sia dell'andamento complessivo del piano di verifiche straordinarie che delle specificità gestionali rilevate territorialmente, anche mediante l'utilizzo dei referenti sulla materia dell'invalidità civile precedentemente individuati.

Le Direzioni regionali metteranno in campo, inoltre, tutte le iniziative ritenute più opportune al fine di realizzare un rapporto sinergico con le ASL del territorio, volto a favorire la tempestiva messa a disposizione dell'Istituto, da parte delle ASL, dei fascicoli sanitari dei soggetti selezionati per le verifiche.

Inoltre, ove possibile, dovranno essere avviati contatti con le Associazioni di categoria dei disabili, affinché tramite le stesse possa essere effettuata una attività di informazione e sensibilizzazione nei confronti delle categorie oggetto di verifica straordinaria, in ordine allo svolgimento dell'operazione e in particolare relativamente alla importanza della presentazione della documentazione sanitaria entro la data indicata nella lettera di richiesta dei documenti.

Sarà cura delle Direzioni regionali verificare la corretta abilitazione e profilazione degli operatori di sede, sia amministrativi che sanitari, all'utilizzo della procedura INVER2010, nonché verificare che l'abbinamento in procedura tra i Comuni e le ASL

del territorio regionale sia costantemente aggiornato, in relazione ad eventuali modifiche dei bacini di utenza.

4. Fase preliminare

4.1 Richiesta documentazione sanitaria

La procedura INVER2010, con modalità centralizzata, invia alle Direzioni regionali le liste dei soggetti selezionati per le verifiche, raggruppati per ASL e CML di competenza.

Le Direzioni regionali assicureranno il tempestivo inoltro delle liste alle ASL con l'indicazione dei Centri Medico-legali cui dovranno essere fatti pervenire i fascicoli sanitari dei soggetti. L'inoltro delle richieste di fascicoli dovrà essere effettuato mediante il ricorso alla PEC per le ASL dotate di tale strumento.

La procedura INVER2010, sempre con modalità centralizzata, invia ai soggetti selezionati per la verifica straordinaria una lettera raccomandata con invito a far pervenire, entro 15 giorni dalla data di ricezione, al Centro Medico-Legale INPS indicato nella comunicazione stessa, la documentazione posseduta, utile per una preventiva valutazione dello stato invalidante in essere, al fine anche di escludere, se possibile, l'accertamento medico diretto.

4.2 Attività della Commissione Medica

La documentazione che perverrà al Centro Medico-Legale verrà esaminata da apposita Commissione medica (composta come descritto al paragrafo successivo).

Qualora la documentazione esaminata lo consenta, la Commissione potrà procedere immediatamente:

- all'applicazione di quanto previsto dal DM 2 agosto 2007, escludendo il soggetto da ulteriori verifiche;
- alla definizione agli atti dello stato invalidante, senza convocazione a visita diretta;
- alla rettifica del verbale che ha dato luogo alla prestazione in essere, ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del D.L. n.78 del 31 maggio 2010.

La procedura INVER 2010 convocherà in automatico, secondo un calendario stabilito centralmente, i soggetti da invitare a visita diretta che non vengono esclusi secondo i criteri sopra esposti.

In maniera analoga, nel caso in cui non sia stata inviata alcuna documentazione da parte dell'interessato, ovvero quella pervenuta risulti insufficiente, la procedura INVER 2010 procederà in automatico alla convocazione a visita diretta.

Conseguentemente, ai titolari di prestazioni che devono essere sottoposti a visita diretta per la verifica viene inviata centralmente una lettera di convocazione a visita, tramite raccomandata con avviso di ricevimento.

In tale lettera sono indicati:

- il luogo di effettuazione della visita medica;
- la data e l'ora della visita;
- le avvertenze in ordine alla documentazione da portare in sede di visita e le azioni da porre in essere per la richiesta di visita domiciliare o, in caso di ricovero, presso la struttura di degenza;
- i provvedimenti che l'Istituto assumerà a seguito di mancata presentazione alla visita medica.

5. Visite mediche

Le visite mediche di verifica sono effettuate presso il Centro Medico-Legale INPS territorialmente competente in base alla residenza dell'interessato, secondo calendari gestiti centralmente.

La permanenza del possesso dei requisiti sanitari viene accertata dalla Commissione Medica Superiore (CMS), allo scopo articolata in Sottocommissioni Mediche decentrate presso le UOC/UOS territoriali INPS dove sono effettuate le visite mediche.

La Commissione medica è composta da due medici individuati dal Responsabile della UOC/UOS territoriale, di cui uno con funzione di Presidente; in occasione della visita, il soggetto interessato può farsi assistere da un medico di sua fiducia.

L'impossibilità da parte del soggetto chiamato a visita ambulatoriale di recarsi presso il Centro Medico legale per sottoporsi alla verifica sarà giustificata unicamente nel caso di impedimento fisico, perché il soggetto si trova in condizione di intrasportabilità o perché in regime di ricovero; nel primo caso il soggetto dovrà far pervenire la richiesta di visita domiciliare, con certificazione medica adeguatamente motivata; nel secondo caso una certificazione rilasciata dalla relativa Direzione sanitaria, accompagnata da richiesta di visita presso la struttura stessa.

Relativamente alle responsabilità in ordine alle certificazioni mediche si richiama, in particolare, la disciplina prevista dall'art. 10 comma 3 del D.L. n.78 del 31 maggio 2010.

Fatte salve le situazioni di forza maggiore, le comunicazioni di cui sopra, dovranno pervenire al Centro medico legale non oltre i 7 giorni che precedono la data di convocazione a visita.

Ricorrendo tali situazioni, ferma restando, ove possibile, la data già fissata per la visita, la Commissione, previa comunicazione all'interessato, si recherà presso il suo domicilio o presso la struttura di degenza per l'espletamento della visita stessa.

Il rifiuto di sottoporsi a visita o l'assenza alla stessa, senza giustificato motivo, comporteranno la sospensione della prestazione, con effetto dal primo giorno del mese successivo alla data di tale visita.

La prestazione, decorsi 90 giorni dalla data della sospensione, viene revocata, a cura dell'operatore dell'Area assicurato pensionato, a partire dalla data della convocazione a visita alla quale il soggetto non si è sottoposto/presentato.

Nell'arco temporale dei novanta giorni che intercorrono tra la data di sospensione, conseguente alla mancata presentazione alla visita, e quella prevista per la revoca

della prestazione, il cittadino può chiedere di essere sottoposto a visita direttamente alla Commissione Medica.

5.1 Assenza a visita senza comunicazioni preventive

Qualora risulti che il soggetto convocato sia assente alla visita e non sia pervenuta da parte sua alcuna comunicazione al CML, l'operatore dell'Area assicurato pensionato dovrà effettuare la verifica della regolarità del processo di spedizione e consegna della lettera di convocazione a visita, attraverso il ricorso alla applicazione informatica "Comunicazioni epistolari con l'utenza - Monitoraggio delle comunicazioni spedite all'utenza", disponibile sulla pagina intranet, menù *utilità*.

L'operatore dovrà controllare la corrispondenza tra l'indirizzo utilizzato per la spedizione della lettera di convocazione e quello risultante negli archivi dell'Istituto.

In caso di mancata ricezione, l'operatore dovrà effettuare tutte le verifiche negli archivi dell'Istituto (ARCA, ARCO, Puntofisco, ecc.); qualora siano riscontrate discordanze tra l'indirizzo presente nella lettera e quello rilevato dalla consultazione degli archivi, l'operatore dovrà procedere all'aggiornamento di ARCA (dando priorità alle variazioni comunicate dai Comuni) se l'ultimo indirizzo temporalmente disponibile è rilevato da altri archivi; comunque dovrà apporre nella procedura INVER2010 una segnalazione di variazione di indirizzo.

Sulla base delle segnalazioni di variazione la procedura INVER2010 determinerà il reinvio della lettera raccomandata di convocazione a visita.

Diversamente, se la raccomandata risulta regolarmente recapitata, anche per compiuta giacenza, l'operatore dovrà porre in essere le azioni necessarie per l'attivazione della procedura di sospensione della prestazione a decorrere dalla data della convocazione a visita; in tal senso dovrà apporre un flag nella procedura INVER2010 relativamente ad ogni soggetto risultato assente a visita.

I provvedimenti di sospensione delle prestazioni vengono gestiti direttamente dal centro.

La prestazione, decorsi 90 giorni dalla data della sospensione, viene revocata a partire dalla data della convocazione a visita alla quale il soggetto non si è sottoposto/presentato.

Nell'arco temporale dei novanta giorni che intercorrono tra la data di sospensione - conseguente alla mancata presentazione alla visita presso la Commissione Medica - e quella prevista per la revoca della prestazione, il cittadino può presentare la documentazione sanitaria e/o chiedere di essere sottoposto a visita direttamente alla Commissione Medica.

La Commissione, sulla base dell'esame della documentazione presentata, potrà decidere se definire agli atti la pratica, senza necessità di procedere alla visita diretta; diversamente, convocherà a visita l'interessato, in una data ove possibile concordata. La prestazione resterà comunque sospesa fino all'esito della verifica.

In occasione delle visite dirette, ulteriori accertamenti specialistici possono essere eccezionalmente richiesti solo se ritenuti indispensabili ai fini del giudizio medico-legale; essi sono effettuati presso le strutture specialistiche interne dell'INPS o presso strutture esterne convenzionate.

Il verbale di accertamento sanitario deve essere definito in procedura entro 72 ore dallo svolgimento della visita.

In caso di accertamenti specialistici il verbale deve, comunque, essere definito entro e non oltre 30 giorni dalla data di svolgimento della visita.

I provvedimenti che saranno adottati nel corso del procedimento di verifica verranno inviati con posta massiva agli interessati tramite le apposite funzionalità della procedura INVER 2010.

Con l'utilizzo delle funzionalità della stessa procedura INVER 2010, la Commissione Medica Superiore procede al monitoraggio di tutti i verbali ed è garante dell'omogeneità della procedura valutativa a livello nazionale, anche attraverso l'effettuazione diretta delle visite nei casi per i quali lo ritiene necessario. La Commissione Medica Superiore assumerà inoltre tutte le iniziative idonee per la efficace realizzazione del piano.

6. Ripartizione delle funzioni tra le Unità organizzative di Sede. Disposizioni relative al trattamento dei dati.

Ai fini dell'efficacia del piano delle verifiche, è necessario garantire la piena integrazione delle attività sanitarie con quelle amministrative legate alla gestione dei benefici dell'invalidità civile, in una logica di unitarietà del flusso procedurale.

Le funzioni di competenza della Sottocommissione Medica Decentrata della Commissione Medica Superiore comprendono:

- interventi presso le ASL per monitorare le operazioni di reperimento dei fascicoli sanitari e per la restituzione degli stessi;
- la valutazione della documentazione sanitaria inviata dalle ASL e dai soggetti interessati, con tempestivo inserimento della stessa nella procedura INVER2010;
- la configurazione dei parametri di visita in INVER2010; tali parametri sono necessari per la gestione delle convocazioni e la predisposizione dei calendari;
- la valutazione delle giustificazioni che perverranno dai soggetti interessati
- l'invio delle lettere di convocazione a visita concordata e/o a visita domiciliare;
- la compilazione e acquisizione dei verbali, con l'esito dell'accertamento sulla permanenza del possesso dei requisiti sanitari per il diritto alla specifica provvidenza economica in pagamento ;
- la valutazione della ricorrenza degli estremi per l'esonero dalla visita di revisione a norma del DM 2 agosto 2007;
- la rettifica del verbale che ha dato luogo alla prestazione in essere, ai sensi del D.L. n.78 del 31 maggio 2010, e l'acquisizione della stessa in procedura INVER 2010;
- la redazione e acquisizione del verbale di accertamento agli atti;
- l'inserimento della documentazione sanitaria inviata dal soggetto in apposito fascicolo, da custodire secondo le modalità previste dalle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati sensibili (si richiama la circolare n. 50 del 6 marzo 2007).

L'Unità organizzativa che gestisce i prodotti e i servizi dell'area Assicurato/Pensionato, sulla base dei flussi informativi pervenuti dalla Sottocommissione Medica Decentrata della Commissione Medica Superiore, valorizzati nella procedura INVER2010, dovrà:

- ricostituire le prestazioni, nel caso di riconoscimento di uno stato invalidante di minore gravità;
- ripristinare le prestazioni sospese, laddove ne ricorrano le condizioni;
- revocare le prestazioni.

Il Direttore Generale
Nori