

Messaggio INPS - Ufficio di Segreteria del Direttore Generale, 16 marzo 2011, n. 6763

“Invalidità civile - accertamento sanitario delle prestazioni a scadenza. Nuove modalità gestionali ed operative.”

AI DIRETTORI REGIONALI
AI DIRETTORI PROVINCIALI
AI DIRETTORI DELLE AGENZIE

Nell'attuale contesto organizzativo e procedurale, definito con circolare n.131 del 28 dicembre 2009, è previsto che le visite di revisione vengano gestite dall'Istituto unitamente alle ASL attraverso un flusso telematico, con utilizzo degli applicativi della procedura informatica INVCIV2010.

Allo stato attuale, le procedure operative applicate evidenziano una situazione di diffusa criticità con particolare riguardo ai tempi di definizione delle revisioni, derivante soprattutto dal diversificato utilizzo a livello territoriale delle procedure telematiche da parte delle ASL.

In tali frangenti i cittadini interessati subiscono notevoli e rilevanti disagi, in quanto, alla data di scadenza, le prestazioni economiche loro riconosciute vengono immediatamente sospese e tali rimangono finché non sia completato l'intero iter procedurale di revisione.

Pertanto, in vista del completamento del processo di telematizzazione avviato, che assicurerà tempi di definizione certi e tempestivi, e nell'intento di realizzare comunque l'efficacia e l'efficienza delle procedure operative di revisione, si ritiene necessario ed opportuno introdurre, momentaneamente, nuove modalità gestionali.

Tali modalità sono finalizzate a garantire nei confronti dei soggetti titolari di prestazioni soggette a revisione lo svolgimento dei necessari accertamenti sanitari e dei conseguenti adempimenti amministrativi entro la data di scadenza della prestazione stessa, in tempo utile ad evitare soluzioni di continuità nella fruizione dei benefici spettanti.

A tal fine, tutti i titolari di prestazioni economiche di invalidità civile, sordità civile, cecità civile, soggette a scadenza saranno chiamati dall'Istituto a visita diretta, prima della scadenza stessa, per essere sottoposti a verifica straordinaria; rimangono esclusi coloro che risiedono in Valle d'Aosta e nelle province di Trento e Bolzano, dove i controlli straordinari vengono effettuati secondo la disciplina statutaria e le relative norme di attuazione.

Nell'anno 2011, saranno coinvolti nelle operazioni di verifica straordinaria i soggetti la cui revisione sanitaria è prevista per l'anno in corso, a partire dal mese di luglio.

Le attività necessarie per l'attuazione di tali operazioni di verifica saranno gestite tramite la procedura INVER, che è strutturata con le funzionalità utili per gestire l'intero flusso di verifica, dalla lettera di convocazione a visita fino alla conferma o revoca della provvidenza.

Le Direzioni Regionali dell'Istituto assicureranno in stretto raccordo con la Commissione Medica Superiore l'efficace attuazione delle suddette verifiche, che rientrano a pieno titolo nell'ambito delle verifiche straordinarie in programma per l'anno 2011, garantendo le risorse umane alle attività di supporto; in particolare, assicureranno il coordinamento delle strutture territoriali di competenza ed il costante monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività.

Le Direzioni regionali attiveranno, inoltre, per il territorio di competenza, ed in raccordo con le Direzioni provinciali, le iniziative ritenute necessarie ed opportune al fine di portare a conoscenza della ASL l'operazione in discorso.

Inoltre, ove possibile, dovranno essere avviati contatti con le Associazioni di categoria dei disabili, affinché tramite le stesse possano essere fornite informazioni nei confronti dei soggetti interessati dalla presente operazione.

Si forniscono in allegato le disposizioni operative per l'anno in corso.

IL DIRETTORE GENERALE

NORI

Allegato 1

DISPOSIZIONI OPERATIVE

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni si applicano nei confronti dei soggetti titolari di prestazioni economiche di invalidità civile, cecità civile, sordità civile con scadenza compresa tra l'1 luglio 2011 e il 31 dicembre 2011.

Rimangono esclusi da tale operazione i titolari di prestazione economica soggetta a revisione, per i quali non sia nota all'Istituto la data di scadenza della prestazione; nei confronti di tali soggetti le visite di revisione continueranno ad essere effettuate secondo le consuete modalità.

Fase preliminare – adempimenti centralizzati e adempimenti locali

A livello centrale, tramite procedura INVER, vengono formate le liste dei soggetti titolari di prestazione a scadenza da sottoporre a verifica straordinaria e vengono definiti i calendari di visita; le liste raggruppano i soggetti per mese di visita.

Sempre con modalità centralizzata e tramite la procedura INVER, le liste dei soggetti selezionati vengono inviate alle Direzioni regionali ed ai Centri Medico Legali.

Con modalità manuali, le Direzioni regionali inviano alle ASL di competenza, le liste ricevute, al fine di consentire loro una opportuna tempestiva conoscenza al riguardo, e con l'occasione richiedono i fascicoli sanitari dei soggetti interessati dalle verifiche.

Con adempimento centrale e tramite procedura INVER, ai soggetti selezionati viene inviata una lettera raccomandata con invito a visita, al fine di consentire l'effettuazione della verifica sanitaria almeno 60 giorni prima della scadenza; nella lettera sono indicati:

- il luogo, la data e l'ora di effettuazione della visita medica;
- le avvertenze in ordine alla documentazione da portare in sede di visita e le azioni da porre in essere per la richiesta di accertamento medico 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.

Rispetto alle consuete modalità per lo svolgimento delle verifiche straordinarie, le presenti disposizioni non prevedono la preliminare richiesta di documentazione sanitaria al cittadino, in quanto la finalità dell'operazione in discorso è quella di definire tempestivamente visite mediche per evitare le sospensioni di prestazioni alla scadenza.

In ogni caso le verifiche di cui in oggetto rientrano nel piano di quelle straordinarie previste per l'anno in corso.

Visita medica

Le visite mediche di verifica sono effettuate presso i Centri Medico-Legali INPS territorialmente competenti in base alla residenza degli interessati e secondo i calendari definiti e gestiti centralmente, che tengono conto dell'ordine cronologico di scadenza delle prestazioni.

La visita viene effettuata almeno 60 giorni prima dalla data di scadenza della prestazione.

Si riportano di seguito le modalità da seguire per l'effettuazione delle visite, nonché quelle in caso di assenza a visita, già stabilite in occasione del piano di verifiche straordinarie per l'anno 2010, di cui alla circolare n.76/2010.

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.

Fatte salve le situazioni di forza maggiore, le comunicazioni di cui sopra devono 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 prevista per la visita.

La prestazione, decorsi 90 giorni dalla data della sospensione, viene revocata, a cura dell'operatore della linea prodotto/servizio assicurato pensionato, a partire dalla data prevista per la 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 direttamente al Centro Medico Legale di essere sottoposto a visita.

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 della linea prodotto/servizio assicurato-pensionato deve 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 deve controllare la corrispondenza tra l'indirizzo utilizzato per la spedizione della lettera di convocazione e quello risultante negli archivi dell'Istituto.

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

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

Diversamente, se la raccomandata risulta regolarmente recapitata, anche per compiuta giacenza, automaticamente e periodicamente si attiva a livello centrale la procedura di sospensione della prestazione a decorrere dalla data della prevista visita;

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

La prestazione, decorsi 90 giorni dalla data della sospensione, viene, a cura della Sede di competenza, revocata a partire dalla data prevista per la visita alla quale il soggetto non si è sottoposto/presentato.

In occasione delle visite, possono essere richiesti ulteriori accertamenti specialistici 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.

Verbali

Il verbale di accertamento sanitario deve essere definito dal Centro Medico Legale in procedura INVER entro 72 ore dallo svolgimento della visita e, in caso di conferma del precedente giudizio medico-legale, tramite la stessa procedura viene sottoposto alla valutazione definitiva della Commissione Medica Superiore.

La CMS deve comunque intervenire entro 15 giorni dalla data della visita; decorso tale termine, senza che la stessa si sia espressa (attraverso una restituzione con note al CML o esprimendo giudizio definitivo) diviene definitivo il giudizio del CML.

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

A cura dei Centri Medico Legali, tutti i verbali definitivi devono essere con ogni immediatezza e con modalità manuali portati a conoscenza delle ASL competenti, per consentire loro le opportune valutazioni in ordine alla attuazione delle procedure di revisione.

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

La Commissione Medica Superiore 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 dell'operazione.

Si rammenta infine che, secondo le vigenti disposizioni normative, in occasione delle verifiche straordinarie sulla permanenza dei requisiti nei confronti dei titolari di prestazioni di invalidità civile, non è possibile riconoscere una condizione di invalidità superiore a quella in precedenza determinata.

Per tale ragione in presenza di situazioni di aggravamento gli interessati dovranno inoltrare apposita domanda secondo le note modalità telematiche, attraverso l'applicativo INVCIV2010.

La procedura INVCIV2010 sarà implementata al fine di segnalare la presenza del soggetto all'interno della procedura INVER.

La procedura INVER inoltre sarà implementata per segnalare se il soggetto è stato sottoposto a visita per recenti operazioni di verifica straordinaria (INVER) e ordinaria (INVCIV2010)

Adempimenti amministrativi

La procedura INVER mette a disposizione dell'unità organizzativa che gestisce i prodotti/servizi dell'area assicurato-pensionato i flussi informativi ai fini della:

- ricostituzione delle prestazioni in caso di conferma dello stato invalidante. In particolare l'operatore dovrà annotare nel DB delle pensioni l'eventuale data di scadenza riconosciuta in sede di verifica straordinaria, utilizzando la procedura REVSAN, ovvero registrare l'eventuale riconoscimento definitivo
- ricostituzione delle prestazione in caso di una stato invalidante di minore gravità;
- revoca della prestazione in caso di non conferma dei requisiti sanitari per il diritto alla prestazione.