

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO (nuova normativa)

Dal primo gennaio 2010 la domanda di accertamento d'invalidità, handicap e disabilità si presenta all'INPS e non più alle aziende USL. 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 dall'indomani dell'approvazione della legge 102/2009, l'INPS ha iniziato 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.

Queste indicazioni sono state perfezionate e diffuse attraverso la Circolare INPS 28 dicembre 2009 n. 131.

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, messi a disposizione dall'INPS superando così l'attuale disomogeneità di questi 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 120 giorni. Tempi ben più ristretti rispetto a quelli precedentemente adottati.

L'informatizzazione

L'intera gestione del procedimento, come detto, è informatizzata attraverso un'applicazione specifica ("Invalidità Civile 2010" – InvCiv 2010), disponibile sul sito dell'INPS (www.inps.it).

L'accesso all'applicazione è consentito solo agli utenti muniti di PIN (Personal Identification Number), cioè di un codice d'identificazione univoco, rilasciato dallo stesso INPS.

Possono accedere al sistema, con diversi gradi e modalità di autorizzazione i Cittadini, i medici certificatori, i patronati sindacali, le associazioni di categoria, le Commissioni Asl e il personale autorizzato dell'INPS:

Il Cittadino stesso può, quindi presentare la domanda di accertamento (anche se forse è preferibile appoggiarsi ad un patronato sindacale), ma soprattutto seguire l'iter della propria pratica dal momento della richiesta di visita all'erogazione delle eventuali provvidenze.

Per far ciò, tuttavia, deve richiedere il PIN. Può farlo inoltrando la richiesta direttamente dal sito dell'INPS (www.inps.it), sezione dei Servizi online (inserendo i dati richiesti saranno visualizzati i primi otto caratteri del PIN; la seconda parte del codice sarà successivamente recapitata per posta ordinaria) oppure, in alternativa, tramite Contact Center INPS (803164).

Ma vediamo quali le diverse fasi che bisogna fare.

La certificazione medica

Come nei procedimenti attuali, per **prima cosa** bisogna rivolgersi al **medico di base** (medico certificatore) per il rilascio del certificato introduttivo.

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 non 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.

Anche i medici certificatori, per eseguire questa operazione, devono prima “accreditarsi” presso il sistema richiedendo un PIN che li identificherà in ogni successiva certificazione.

Una volta compilato il certificato, il sistema genera un codice univoco che il medico consegna all'interessato.

Il medico deve anche stampare e consegnare il certificato introduttivo firmato in originale, che il Cittadino deve poi esibire al momento della visita.

La ricevuta indica il numero di certificato che il Cittadino deve riportare nella domanda per l'abbinamento dei due documenti.

Il certificato ha **validità 30 giorni**: se non si presenta in tempo la domanda, il certificato scade e bisogna richiederlo nuovamente al medico.

La domanda

Una volta in possesso del certificato introduttivo, il Cittadino può presentare la domanda di accertamento. Può farlo automaticamente, dopo aver acquisito il PIN, oppure 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 sta presentando.

Nella domanda sono da indicare 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 può indicare anche una casella di posta elettronica (che se è certificata consente comunicazioni valide da un punto di vista burocratico) per ricevere le informazioni sul flusso del procedimento che lo riguarda.

Tutte le “fasi di avanzamento” possono essere consultate anche online nel sito dell'INPS, sia dal Cittadino che dai soggetti abilitati grazie al codice d'ingresso (PIN).

La ricevuta e la convocazione della visita

Per ogni domanda inoltrata, il sistema genera una ricevuta con il protocollo della domanda.

La procedura informatica propone poi un'agenda di date disponibili per l'accertamento presso la Commissione dell'Azienda USL.

Il Cittadino, può scegliere la data di visita o indicarne una diversa da quella proposta, scegliendola tra le ulteriori date indicate dal sistema.

Vengono fissati indicativamente nuovi limiti temporali:

- per l'effettuazione delle visite ordinarie è previsto un tempo massimo di **30 giorni** dalla data di presentazione della domanda.

Se non è possibile, in tempo reale, fissare la visita entro l'arco temporale massimo, a causa dell'indisponibilità di date nell'agenda, la procedura può segnalare date successive al limite previsto, oppure registrare la domanda e riservarsi di definire in seguito la prenotazione della visita.

Una volta definita la data di convocazione, l'invito a visita è visibile nella procedura informatica (visualizzato su internet) e viene comunicato con lettera con raccomandata con avviso di ricevimento, all'indirizzo e all'e-mail eventualmente comunicata.

Nelle **lettere d'invito alla visita** sono riportati i riferimenti della prenotazione (data, orario, luogo di visita), delle avvertenze riguardanti la documentazione da portare all'atto della visita (documento d'identità valido; stampa originale del certificato firmata dal medico certificatore; documentazione sanitaria, ecc...), e delle modalità da seguire in caso d'impedimento a presentarsi a visita, nonché le conseguenze che possono derivare dall'eventuale assenza alla visita.

Nella stessa lettera viene ricordato che:

- il Cittadino può farsi assistere, durante la visita, da un suo medico di fiducia;
- in caso d'impedimento, può chiedere una nuova data di visita collegandosi al sito dell'INPS e accedendo al Servizio online con il proprio codice d'identificazione personale (PIN);
- 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.

Visita domiciliare

Nel caso in cui la persona sia intrasportabile (il trasporto comporta un grave rischio per l'incolumità e la salute della persona) è possibile richiedere la visita domiciliare.

Anche in questo caso la procedura è informatizzata e spetta al medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo.

Il certificato medico di richiesta di visita domiciliare va inoltrato almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale.

E' poi il Presidente della Commissione dell'Azienda USL a valutare il merito della certificazione e disposizione o meno la visita domiciliare.

In caso di accoglimento, il Cittadino viene informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti viene indicata una nuova data d'invito a visita ambulatoriale. Tali comunicazioni saranno notificate con le modalità già descritte (visualizzazione del sito internet, eventuale invio per posta elettronica, lettera raccomandata).

La verifica

Fino al 31 dicembre 2009 tutti i verbali emessi dalle 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 riconvocare a visita l'interessato. Trascorsi 60 giorni vige il principio di 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 le Commissioni ASL sono integrate con un medico INPS e questo può rappresentare un vantaggio in termini di tempi, oltre che - sicuramente - di risparmi di gestione.

Infatti, se al termine della 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 concessore "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 da un medico INPS (diverso da quello presente in Commissione ASL), da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS) e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale (per certificazioni relative alla legge 104/1992 e 68/1999).

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

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 invitato 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 e 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 d'invalidità gestito dall'INPS.

Domande e visite precedenti

La circolare INPS del 28 dicembre 2009, n. 131 fornisce anche precisazioni rispetto alle domande presentate prima del 31 dicembre 2009, o alle visite effettuate prima di quella data.

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 precedente.

La verifica dei verbali e quindi l'accertamento definitivo spetta comunque all'INPS, che esamina con un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS) e dell'operatore sociale nei casi previsti dalla legge. L'accertamento potrà consistere nell'esame della documentazione agli atti o nella programmazione della nuova visita.

Al contrario i verbali relativi alle domande presentate entro il **31 dicembre 2009**, con visite effettuate dal **1 gennaio 2010**, sono gestite con le nuove modalità informatiche.

Sui verbali deve essere evidenziato se il giudizio medico legale sia stato espresso all'unanimità o a maggioranza della Commissione medica integrata, e su questi verbali seguono le approvazioni e le verifiche di cui si è già detto.

Visite di revisione

L'indicazione riguarda tutti quei casi nei verbali sia già stata prevista una **revisione** successiva. La Circolare INPS 131/2009 precisa che "le prestazioni per le quali sono già indicate negli archivi dell'Istituto le date di scadenza, saranno 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 2/08/2007, il medico INPS che integra la Commissione medica, avrà cura di esaminare gli atti contenuti nel fascicolo sanitario dell'ASL relativamente ai soggetti portatori delle patologie ricomprese nel citato DM, al fine di escludere ogni ulteriore accertamento".

Si suggerisce a chi sia in possesso di un verbale (d'invalidità o di handicap) a scadenza, di rivolgersi comunque alla propria Azienda USL per avere conferma della procedura adottata e dei tempi di attesa.

Ricordiamo, infatti che alla scadenza del verbale, decadono tutte le prestazioni economiche e i benefici (ad esempio, permessi e congedi lavorativi) precedentemente concessi.

	Fino al 31/12/2009	Dal 1/01/2010
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 Asl, su modelli difforni da ASL a ASL	Digitale e telematica, all'INPS tramite un patronato, associazione, soggetti abilitati
La visita	Presso la Commissione Dell'Azienda ASL	Presso la Commissione della'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 convocazione	60 giorni	30 giorni; 15 giorni per persone affette da gravi patologie di cui al Decreto 2/08/2007
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